

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Psicoterapia Cognitivo Grupal, como tratamiento a un grupo de Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica que presentan Sintomatología Depresiva.

Por:

DAYRA BECKFORD

3-721-1680

Trabajo de Graduación como uno de los requisitos para optar por el título de
Magister en Psicología Clínica

REPÚBLICA DE PANAMÁ

2017

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de maestría en:	Psicología Clínica
Facultad de:	Psicología
Número de código:	C E P T 327-14-06-17-159
Nombre de la estudiante	DAYRA BECKFORD
Cédula	3-721-1680
Título al que aspira	Magister en Psicología Clínica
1-Título del proyecto:	Psicoterapia Cognitivo Grupal como tratamiento a un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica por parte de conyugue o ex conyugue que presentan depresión clínicamente significativa.
8- Resumen Breve:	La presente investigación busca valorar la efectividad de la psicoterapia Cognitiva conductual, como tratamiento para disminuir los síntomas depresivos en un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica, mediante la utilización de un diseño pre-prueba y post-prueba con un grupo control. La investigación será efectuada en el centro de Asistencia de Víctimas de Ministerio Público, en donde las mujeres víctimas de violencia doméstica, acuden, por primera vez a interponer una denuncia por maltrato.

Nombre del Asesor	Magister Ricardo López
Firma del Asesor	_____
Firma del estudiante	_____
Aprobado por	_____
	Coordinador del Programa

Director del Posgrado de la Vicerrectoria de Investigación y Posgrado

Dedicatoria

A mi querida Madre Melva Beckford que es mi fuente de inspiración, la que me ha enseñado a luchar y a ser perseverante por lo que quiero, en momentos de debilidad la que me brindaba fortaleza con sus palabras y su Fe hasta llegar al objetivo trazado.

A mi amado Esposo Alexis Tucker por su apoyo incondicional, por estar ahí desde el inicio de la Maestría, acompañándome en cada desvelada hasta culminar el trabajo solicitado.

A otros familiares que en todo momento estuvieron pendientes de este proceso.

Dedico este estudio a todas las personas que son víctimas de violencia doméstica, especialmente a las que formaron parte de la muestra.

Agradecimientos

Agradecida primeramente con Dios, porque sin Él nada de esto sería posible, y por permitirme estudiar una carrera tan linda como esta, y darme la fuerza y la perseverancia para culminarla.

De igual forma agradezco al Ministerio Público por haberme abierto las puertas y brindado todo el apoyo de poder realizar esta investigación.

De una manera muy especial agradezco a los profesores: Ricardo López, y al profesor Miguel Ángel Cañizales, por la dedicación y el tiempo que me brindaron.

Muy agradecida con los compañeros de la maestría, por estar pendientes en cada momento y hacerme saber que siempre contaba con ellos.

ÍNDICE GENERAL

Portada	I
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Índice General	IV
Índice de Cuadro	V
Índice de Gráfica	VI
Resumen y Summary	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I Fundamentos teóricos	
1. 1. GENERALIDADES DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.	4
1.1.1 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.	4
1.2 TIPOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA	9
1.2.1. VIOLENCIA O MALTRATO FÍSICO	10
1.2.2. VIOLENCIA O MALTRATO SEXUAL	10
1.2.3. VIOLENCIA O MALTRATO PSICOLÓGICO	11
1.3 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	13
1.3.1. SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA.	15
1.4. LA DEPRESIÓN	19
1.4.1. Signos y síntomas depresivos:	
1.4.1.1. Síntomas Afectivos	25
1.4.1.2. Síntomas Cognitivos	27
1.4.1.3. Síntomas Conductuales	28
1.4.1.4. Síntomas Psicofisiológicos.	29
1.4.1.5. Síntomas Interpersonales.	30
1.5. OTROS PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS	33
1.5.1. Baja autoestima	
1.5.2. Abuso o dependencia de sustancias adictivas	35
1.5.3. Suicidio o ideación suicida	36
1.5.4. Inadaptación	37
1.5.5. Distorsiones cognitivas.	38

1.6 Psicoterapia Cognitiva- Conductual.	41
1.6.1. La Psicoterapia Cognitiva – Conductual y la Depresión.	48
 CAPÍTULO II	
JUSTIFICACIÓN	57
a. Problema de investigación:	58
b. Hipótesis de Investigación	58
b.2. Hipótesis Estadística	58
 c. Objetivos	
1. Objetivo General	59
2. Objetivo Específico	60
d. Tipo de Investigación	60
 e. Variables	61
 f. Población y muestra	
f.1 Población	63
f.2. Muestra	63
f.2.1. Criterios de Inclusión	64
f.2.2 Criterios de Exclusión	64
 g. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de datos	
g.1. Técnicas	65
g.2. Instrumentos	65
g.2.1. Inventario de Depresión de Beck	65

H. Estadística Utilizada.	68
 Presentación de los Resultados del BDI	 78
 CONCLUSIONES	 94
RECOMENDACIONES	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	105
 ANEXOS 1 TERAPIA PARA LA DEPRESIÓN	
 ANEXOS 2 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	
 ANEXOS 3 HISTORIAS CLÍNICAS	

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1. Delitos contra el Orden Jurídico Familia	12
Cuadro N° 4. Rango de Edad de las mujeres	69
Cuadro N° 5. Estado Civil de las Mujeres	71
Cuadro N° 6. Nivel Educativo de las Mujeres	72
Cuadro N° 7. Condición laboral de las Mujeres	74
Cuadro N° 8. Vínculo con el agresor	76
Cuadro N°12. Tipo de agresión Recibida	77
Cuadro N° 13. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE- TEST. GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL.	79
Cuadro N° 14. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL POST-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL.	83
Cuadro N° 15. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST y POST-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL.	87
Cuadro N° 16. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST Y POST-TEST. GRUPO CONTROL.	90

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica Nº 1. Rango de Edad de las mujeres	70
Gráfica Nº 2. Estado Civil de las Mujeres	71
Gráfica Nº 3. Nivel Educativo de las Mujeres	73
Gráfica Nº 4. Condición laboral de las Mujeres	75
Gráfica Nº 5. Vínculo con el agresor	76
Gráfica Nº 6. Tipo de agresión Recibida	77
Gráfica Nº 7. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL.	80
Gráfica Nº 8. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL POST-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL.	84
Gráfica Nº 9. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST Y POST-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL.	88
Gráfica Nº 10. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST Y POST-TEST. GRUPO CONTROL.	91

Resumen

La violencia doméstica trasciende a todos los sectores de la sociedad. No distingue clases sociales, ni razas, ni religiones, tampoco niveles educativos, sexo o edades, la presente investigación busca valorar la efectividad de la psicoterapia cognitiva conductual, como tratamiento para disminuir, los síntomas depresivos, en grupo de mujeres que interpusieron por primera vez una denuncia por maltrato por su cónyuge o ex cónyuge. Objetivo general es identificar la sintomatología depresiva en mujeres víctimas de violencia doméstica y conocer las características de las mujeres con violencia doméstica que presentan sintomatología depresiva.

Se utilizó un diseño de Pre prueba y Post prueba con un grupo control para disminuir los síntomas depresivos en mujeres víctimas de violencia doméstica.

La terapia cognitiva grupal está definida como aquella intervención que será realizada en 15 sesiones, dos veces por semanas de 60 minutos cada una. El programa fue dividido en cuatro módulos que son de enseñanzas a las pacientes.

La población está compuesta por 125 mujeres víctimas de violencia doméstica que interpusieron por primera vez su denuncia, en el centro de asistencia a víctimas del Ministerio Público, de esa 125 mujeres 50 eran víctimas de violencia por parte de algún otro familiar, 21 estaban siendo tratadas farmacológicamente, 21 se negaron a participar y 21 no presentaban depresión clínicamente significativa quedando así 12.

Se trabajó con 12 mujeres que presentaban depresión significativa, al final se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación donde la terapia cognitiva grupal resultó eficiente para disminuir la sintomatología depresiva.

Summary

Domestic violence extends to all sectors of society, does not distinguish social classes, or religions, or levels of education, sex or age. The present investigation seeks to evaluate the effectiveness of psychotherapy cognitive behavior, as a treatment to diminish, the depressive symptoms, in a group of women who denounce a complaint of abuse for the first time by their husband or ex husband.

The general objective is to identify the depressive symptomatology in women with domestic violence victims and to know the characteristics of women with domestic violence who presents depressive symptomatology.

A pre-test and post-test design with a control group that were used to reduce depressive symptoms in women victims of domestic violence. A group of cognitive therapy is defined as that intervention that is carried out in 15 sessions, twice a week of 60 minutes each. The program is divided into four modules that are teaching to patients.

The population is composed of 125 women victims of domestic violence who denounced their complaint for the first time, at the victims' assistance center of the Public Ministry, of which 125 women 50 were victims of violence by another family member, 21 were being treated pharmacologically, 21 refused to participate and 21 did not present clinically significant depression, thus remaining 12.

We worked with 12 women who presented significant depression, at the end the non hypothesis was rejected and the research hypothesis was accepted where the cognitive therapy group was efficient to reduce the depressive symptomatology.

INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica trasciende a todos los sectores de la sociedad. No distingue clases sociales, ni razas, ni religiones, tampoco niveles educativos, sexo o edades. El maltrato dentro de la familia es un fenómeno complejo, susceptible de adoptar diversas formas y que está presente en diversas sociedades del mundo. Desde los años 60 se ha hecho evidente la necesidad de comprender que la violencia doméstica es un problema social, cuestionando así la creencia generalizada y errónea de que lo que sucede dentro del ámbito de una familia es un asunto privado.

En las situaciones de violencia doméstica se establecen relaciones desiguales de poder, relaciones jerárquicas y asimétricas, donde un integrante de la familia se impone sobre los otros. Así se establece un modo de vinculación que no acepta diferencias e imposibilita la confrontación de ideas y opiniones que permitan llegar a un acuerdo. Esto facilita la instalación de diversas formas de maltrato en el seno familiar, siendo las más frecuentes el maltrato físico, el psicológico y el sexual.

Si centramos nuestra atención en la persona que sufre el abuso, podemos delimitar cuatro grandes categorías que conforman el espectro de la violencia doméstica: maltrato infantil, violencia conyugal, maltrato a los ancianos y violencia contra discapacitados. Dado que sería muy ambicioso abarcar de manera exhaustiva cada una de ellas. En el presente trabajo se hará hincapié en la problemática de la violencia conyugal y, específicamente, en una de sus

manifestaciones, a saber, el maltrato contra la mujer. Cuando hablamos de violencia conyugal nos referimos a aquellas situaciones de abuso que se producen entre los miembros de la pareja conyugal. Si bien es cierto que cualquier integrante de la pareja puede ser el que produce o recibe el abuso, la estadísticas muestran que son las mujeres las que con más frecuencia sufren el maltrato por parte de su esposo o compañero.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. 1. GENERALIDADES DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.

1.1.1. DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.

El fenómeno de la violencia y el maltrato dentro del ámbito familiar no es un problema reciente; ya que comenzó a tematizarse como problema social grave en los años 60.

El término violencia familiar alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia.

Se denomina relación de abuso a aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes que por acción o por omisión ocasionan daño físico y/o psicológico a otro miembro de la relación. Es necesario subrayar que, para poder definir una situación de violencia familiar, la relación de abuso debe ser crónica, permanente o periódica. Cuando hablamos de violencia nos referimos; a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan de modo permanente o cíclico al vínculo intrafamiliar. (Corsi, 2005)

Esta definición, tomada en sentido amplio, muestra que cualquier miembro de la familia, independientemente de su raza, sexo y edad, puede ser agente o víctima de la relación abusiva.

En Panamá las cifras estadísticas son elocuentes: es el adulto masculino quien con más frecuencia utiliza las distintas formas de abuso, y son las mujeres y los niños las víctimas más comunes de este abuso, sin embargo, en los últimos años se han incrementado los casos de hombres maltratados por sus esposas, compañeras o ex – cónyuges.

Así, un punto de partida para caracterizar la violencia doméstica, puede ser la definición que las Naciones Unidas hace de la *violencia contra las mujeres*, en el artículo 1º de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer: ***“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (Naciones Unidas, 1994).***

Esta definición corresponde a lo que también se conoce como *violencia de género*, sin embargo, cuando la violencia de género es ejercida por el cónyuge o pareja de la víctima, usualmente se denomina violencia o maltrato conyugal, familiar o doméstico. No obstante, estas denominaciones no aluden exactamente y la diferencia está en el adjetivo que las define.

Por *conyugal*, se entiende la violencia o malos tratos en una relación de pareja. En un inicio este término sólo era aplicable a una relación matrimonial, pero hoy en día este vocablo parece limitado y es necesario la utilización de otros o del mismo, pero abarcando la extensión de todas las parejas posibles – tanto, según el nivel de compromiso contraído públicamente, como en la orientación sexual de sus miembros-, es decir, relaciones de noviazgo, convivencia, matrimonio e incluso ex parejas, independientemente de que se trate de parejas heterosexuales u homosexuales.

Por *familiar*, se entiende el maltrato o violencia que se da entre miembros de una misma familia, por lo que se incluye no sólo la violencia conyugal, sino también la violencia que puede darse entre hermanos (escasamente estudiada), el maltrato infantil (desde cualquiera de los progenitores a los hijos) y el maltrato a ancianos (ya sea por familiares o cuidadores).

Por último, por *doméstico* se alude, literalmente, al maltrato o violencia que se da entre personas que comparten un domicilio o morada, tengan o no relación de parentesco. Si bien, al comparar este término con el anterior, parece haberse restringido la definición de maltrato, esta modificación surge desde el ámbito jurídico como una manera de ampliar la definición que se hacía con el adjetivo *familiar*, al permitir incluir en él todos los casos de violencia entre personas que cohabitan en una morada, sin que tenga que existir una relación de parentesco

entre ellos (Lanzos, 2001). Actualmente, cuando se alude a la violencia doméstica entre miembros de una pareja, el hecho de que compartan o no domicilio no es definitorio.

La violencia es un hecho en el que se utiliza la fuerza y se manifiesta el poder. La violencia doméstica, también denominada "intrafamiliar" por su parte, es una práctica o ejercicio tanto de fuerza como de poder que se produce entre miembros de una misma familia, en la que una persona es la que ejerce la fuerza o agrede, y otra u otras personas son las que resultan agredidas. Como estos hechos se dan dentro de la familia, por eso se dice que es violencia intrafamiliar o doméstica.

¿Y que se entiende por familia? La familia son las personas que tienen una relación de parentesco, ya sea por vínculos consanguíneos, por motivos de adopción o por afinidad. La familia se forma por medio de la unión consensual o a través del matrimonio.

La violencia intrafamiliar, llamada también **"violencia doméstica"** se refiere **"a las distintas formas abusivas que caracterizan de modo permanente o cíclico las relaciones familiares; ya sea por una acción o conducta dirigida hacia uno o varios miembros de la familia, que le cause la muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psíquico o cualquier tipo de daño"**. (Mariblanca Staff, 2006)

La violencia doméstica es entendida de diversas formas, de allí que existen distintos conceptos que de una manera u otra reúnen la idea común de lo que significa este tipo de violencia. Hay quienes señalan que es el acto cometido dentro de la familia por uno de sus miembros que perjudica la vida, el cuerpo, la integridad psicológica o la libertad de otro de sus miembros y que en su mayoría son las mujeres, los niños/as, las ancianas/os, sus principales víctimas.

Como señala la doctora Enriqueta Davis, los efectos de la violencia intrafamiliar se traduce en familias desintegradas, de mujeres, de niños, niñas, adolescentes, ancianos y ancianas y también hombres con desajustes emocionales y con proliferación de sociopatías -consumo de drogas, de alcohol, actos violentos, daños a terceros y a sí mismos- que conllevan altos costos para la sociedad en su conjunto. (Davis, 1998).

La legislación panameña en la Ley 27 de 16 de junio de 1995 habla sobre violencia intrafamiliar y aunque no contiene una definición amplia, si tipifica la conducta de agresión física o psicológica de un miembro de una familia hacia otro de sus miembros.

Por otro lado, la reciente Ley 38 de 10 de julio de 2001 que reforma y adiciona artículos al Código Penal y Judicial sobre violencia doméstica y deroga artículos de la Ley 27 de 1995, sustituye el término violencia intrafamiliar por el de "*violencia doméstica*" y contiene una definición de términos, entre ellos el de violencia doméstica que en su artículo 2, numeral 8 la define como:

"Patrón de conducta en el cual se emplea la fuerza física o la violencia sexual o psicológica, la intimidación o la persecución contra una persona por parte de su cónyuge, excónyuge, familiares o parientes con quien cohabita o haya cohabitado, viva o haya vivido bajo el mismo techo o sostenga o haya sostenido una relación legalmente reconocida, o con quien sostiene una relación consensual, o con una persona con quien se haya procreado un hijo o hija como mínimo, para causarle daño físico a su persona o a la persona de otro para causarle daño emocional".

1.2. TIPOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Con la aprobación de la Convención de Belem Do Pará en 1994, Panamá fue uno de los primeros países de la región que ratificó dicha convención mediante Ley No. 12 de 20 de abril de 1995, que sirvió de impulso a la expedición por parte de la Asamblea Legislativa de la Ley No. 27 de 16 de junio de 1995, *por la cual se tipifican los Delitos de Violencia Intrafamiliar y el Maltrato de Menores, se ordena el establecimiento de dependencias especializadas para la atención de las víctimas de estos delitos, se reforman y adicionan artículos al Código Penal y Judicial y se adoptan otras medidas.*

Esta Ley reconoció por primera vez en nuestro país que la violencia intrafamiliar y el maltrato entre las y los miembros de una familia, no es un acto natural, sino que es un delito que debe ser sancionado. Dicha ley 27 de 16 de junio de 1995, estableció los siguientes tipos de violencia y maltrato.

1.2.1. VIOLENCIA O MALTRATO FÍSICO

Es aquella en que se usa la fuerza y el poder produciendo daños o heridas corporales a la persona que la recibe, generalmente requiere atención médica y sufren incapacidades para desenvolverse normalmente durante un período de tiempo. Entre los hechos que se pueden mencionar están: las heridas, las cortadas, las fracturas y rotura de huesos, las bofetadas y puñetazos, las patadas, las quemaduras, entre otras. (Corsi, 2004)

1.2.2. VIOLENCIA O MALTRATO SEXUAL

Es aquella que comprende el uso de la fuerza y el poder con la finalidad de realizar actos sexuales contra la voluntad de la otra persona. Este tipo de violencia se da en las relaciones de pareja; otras se da entre una persona adulta y un niño o niña o un joven o una joven menor de edad, mediante el abuso y el engaño o con el uso de la fuerza. Los hechos más comunes de violencia sexual son: la relación sexual con el uso de la fuerza, o sea la violación; la explotación sexual comercial o sea logrando ganancias económicas al cobrar por la relación sexual de otras personas; tener relaciones sexuales con miembros de la familia, es decir, lo que se conoce como incesto.

Se entiende por maltrato sexual cualquier intimidación sexual forzada, ya sea por amenazas, intimidación, coacción o por llevarse a cabo en estado de

inconsciencia o indefensión. Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual, no limitándose a la penetración vaginal o anal (Dutton, 1993; López, 2002; McAllister, 2000; Villavicencio & Sebastián, 1999a).

1.2.3. VIOLENCIA O MALTRATO PSICOLÓGICO

Es la violencia que aunque no se ve a simple vista, sí produce efectos emocionales y mentales, afectando la autoestima de la víctima. Entre los hechos que se consideran este tipo de violencia están: los insultos verbales, los gritos, el ridiculizar o rechazar a la otra persona; destruir objetos propiedad de la persona; dañar o romper objetos del hogar, causar daños a animales, etc.

Este tipo de violencia es más difícil de identificar y evaluar (McAllister, 2000; Walker, 1979), por lo que se sugiere que su severidad sea estimada en función tanto de la frecuencia con la que se da como del impacto subjetivo que supone para la víctima (Walker, 1979). No obstante, se han desarrollado múltiples instrumentos para medirla y existen diversos estudios que demuestran que sus consecuencias son al menos tan perniciosas como las del maltrato físico (O'Leary, 1999)

A continuación se muestran las estadísticas de denuncias de delitos contra el orden jurídico familiar, correspondientes a los años, 2012 y hasta el mes de junio de 2013.

Cuadro N ° 1. Delitos contra el Orden Jurídico Familiar. Según número de denuncias. 2016.

DELITOS CONTRA EL ORDEN JURIDICO FAMILIAR 2016													
DELITOS	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC
VIOLENCIA DOMESTICA	893	101	75	81	92	75	73	92	41	67	67	65	64
MALTRATO A MENOR	86	11	4	7	2	11	9	4	7	14	7	5	5
SUSTRACCION DE MENORES	16	2	1	5	5	2	1	0	0	0	0	0	0
INCUMPLIMIENTO DE DEBERES FAMILIARES	17	0	3	2	1	2	5	0	1	2	0	0	1
BIGAMIA	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
SUB-TOTAL	1018	114	83	97	103	91	88	96	49	83	74	70	70

Fuente: C.R.D

Según, las estadísticas del Centro de Recepción de Denuncias del Ministerio Público, hasta el mes de abril de 2015, se han registradas un total de 393 denuncias del Orden Jurídico Familiar, en donde el 88.8 % (349 casos) son delitos de violencia doméstica, el 6.1% (24 casos) a Maltrato al Menor, el 3.3 % (13 casos) son por el delito de sustracción de menores, el 1.5 % (6 casos) son delitos por incumplimiento de deberes familiares y 5 (0,44%) son por bigamia.

1.3. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La experiencia de violencia en el hogar es una variable de riesgo para el desarrollo de desórdenes clínicos y trastornos emocionales. La OMS (1998) afirma que las mujeres que experimentan malos tratos tendrían entre 4 y 6 veces más probabilidad de necesitar tratamiento psiquiátrico que aquéllas que no los sufren. En Panamá se estima que el 60% de las víctimas de este tipo de violencia sufre problemas psicológicos (Llorente, 2001). Los estudios acerca de los problemas mentales en mujeres con una historia de violencia doméstica señalan que las víctimas tienen entre tres y cinco veces más riesgo de depresión, suicidio, trastorno de estrés postraumático y abuso de sustancias que las mujeres que no son víctimas (Golding, 1999). Concretamente, serían el trastorno de estrés postraumático y la depresión los trastornos psicológicos más frecuentes en mujeres maltratadas. Asimismo, de la revisión que lleva a cabo Golding (1999) de estos estudios se desprende que el riesgo de desarrollar un TEPT o una depresión es ocho veces mayor en mujeres víctimas de violencia doméstica que en víctimas de agresión sexual en la infancia. Se han llevado a cabo algunas investigaciones para determinar qué características de la violencia podrían estar relacionadas con la gravedad psicopatológica de las víctimas. En este sentido, Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (2001a) realizaron un estudio comparativo con el objeto de detectar diferencias psicopatológicas en estas mujeres en función de la modalidad de violencia experimentada. Participaron 250 víctimas de malos tratos, físicos y/o psicológicos que habían

acudido a centros de asistencia psicológica especializados en este tipo de atención. Estos autores encontraron que, a pesar de la mayor gravedad objetiva de la violencia en las mujeres físicamente maltratadas, no aparecieron diferencias significativas en el perfil psicopatológico de las víctimas, atribuibles al tipo de maltrato experimentado. Street y Arias (2001) afirman que la violencia psicológica es un predictor más potente del TEPT que la violencia física en mujeres maltratadas. En este sentido, en un estudio llevado a cabo por Polo (2001) con mujeres que acudían a los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid se detectó que la tasa de prevalencia de maltrato psicológico en pacientes ambulatorias era de un 75.9% y de maltrato físico de un 28.1%. Torres y Espada (1996) señalan que el malestar emocional resulta de mayor intensidad en aquellas víctimas que han sufrido más años de violencia, que en la infancia también sufrieron maltrato y que no han denunciado su victimización.

Sarasua y Zubizarreta (2000) consideran que la percepción que de su propio malestar psicológico tiene la víctima depende del momento en el que se encuentre en la relación de maltrato. De este modo, las víctimas con niveles más altos de malestar subjetivo serían aquellas que están inmersas en la relación violenta, que mantienen una relación afectiva con su pareja y que no han considerado la posibilidad de una separación. A continuación, se describen los principales trastornos y problemas psicopatológicos que presentan estas mujeres. El trastorno de estrés postraumático, al ser el punto central de este trabajo, va a ser abordado más adelante en un capítulo aparte.

1.3.1. SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA.

Este síndrome, desarrollado por Walker, detalla una sintomatología específica que con frecuencia aparece en las mujeres maltratadas, como consecuencia de la exposición repetida al ciclo de la violencia. Se caracteriza por un aumento de la respuesta fisiológica, aislamiento, fatalismo, reducción de los niveles de autoestima e indefensión aprendida, siendo estos cambios a nivel psicológico uno de los factores responsables del mantenimiento de la mujer maltratada en la relación abusiva (Walker, 1991). De manera más específica, este síndrome incluiría un conjunto de síntomas primarios característicos de la sintomatología postraumática, esto es, ansiedad, hipervigilancia, reexperimentación del trauma, recuerdos recurrentes e intrusivos y embotamiento emocional. Sin embargo, parece que este síndrome es más complejo que el TEPT, ya que, además de la sintomatología postraumática, incluye un conjunto de síntomas secundarios, como baja autoestima, somatización, distorsiones cognitivas, disfunciones sexuales, sentimientos de tristeza y deterioro de las relaciones interpersonales, entre otros. Estas mujeres en un intento de adaptarse a una situación tan aversiva como es la exposición crónica a la violencia incrementarían su habilidad para afrontar los estímulos adversos y minimizar el dolor (Walker, 1991). Algunas de las estrategias de afrontamiento serían la idealización del maltratador, minimización o negación del peligro, disociación y supresión de los sentimientos de ira contra el agresor, a quien la víctima excusaría de sus

ataques y de su comportamiento violento y con quien se vincularía de manera paradójica. Montero (2001) describe el establecimiento de este vínculo paradójico entre la víctima maltratada y el agresor en su planteamiento del Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (SAPVD), un cuadro clínico derivado de la extensión del Síndrome de Estocolmo a la violencia doméstica, pero que carece actualmente de estudios científicos que lo validen. Montero (2001) describe un proceso de cuatro fases que culminaría en el desarrollo de este vínculo paradójico:

Fase desencadenante: Independientemente de que se hubieran producido incidentes previos de maltrato psicológico, esta fase comienza cuando la mujer recibe la primera expresión de violencia física a manos de su pareja. Este primer episodio de agresión física, en su propia casa y a manos de su pareja, supondría para la víctima la ruptura del espacio de seguridad y confianza construido en la relación afectiva. Desde un punto de vista emocional, esta primera agresión provocaría en la mujer una reacción de miedo intenso y un importante sentimiento de pérdida. Desde un punto de vista cognitivo, el aspecto más significativo es un estrechamiento de los canales atencionales, sesgados y comprometidos hacia las señales de peligro y amenaza, que inevitablemente movilizarán recursos para su afrontamiento. Cuando la agresión finaliza, la víctima entra en un estado agudo de ansiedad de curso progresivo, que probablemente correlacionará con accesos ocasionales de ira. La incapacidad de la víctima para modificar de manera eficaz su entorno, así como la

acumulación de afecto negativo y consolidación del sentimiento de pérdida favorecerán el desarrollo posterior de un cuadro depresivo. Fase de reorientación: La reevaluación que la víctima lleva a cabo en esta fase de la ruptura del espacio de seguridad provocará un patrón general de desorientación e incertidumbre, que junto al miedo y al sentido de pérdida, contribuyen a borrar los límites de la inserción de la víctima en su núcleo primario de relación, el lugar seguro para ella. La percepción de la víctima de su incapacidad para manejar un entorno hostil, su desorientación debida a la pérdida de referentes, su estado de incertidumbre y la exposición permanente a una situación de peligro contribuyen a la cronificación del proceso agudo y reactivo de estrés hacia un estado crónico de ansiedad. En esta fase de reorientación y coincidiendo con algún signo de arrepentimiento del agresor, la mujer buscará en su propio comportamiento razones que legitimen el uso de la violencia por parte del maltratador, lo que le llevará a autoculparse, a sentir vergüenza y a concluir que la agresión es un castigo para corregir alguna conducta impropia. La fase de afrontamiento está marcada por un proceso de evaluación secundaria, en el que la víctima valora sus propios recursos disponibles para hacer frente a las demandas contextuales y lograr una inserción más funcional en el nuevo entorno. Es de esperar que en un contexto de restricción estimular, de ruptura del espacio de seguridad y afectada por sesgos atencionales, la habilidad de la víctima para llevar a cabo una evaluación secundaria esté distorsionada. Además, la carencia de vías saludables de expresión emocional y el aumento de los sentimientos de culpa y

vergüenza provocan en la víctima un comportamiento de entrega y sumisión, un progresivo deterioro en su nivel de autoestima, un profundo estado de aislamiento y un estado depresivo que irá evolucionando hacia un patrón distímico. En la última fase, fase de adaptación, la mujer, consciente de una situación de inferioridad respecto al agresor, concibe que nada puede hacer para cambiar la adversidad del entorno, comprometiéndose en la búsqueda de nuevos factores que le suministren estabilidad y equilibrio. De este modo, la víctima establece un vínculo paradójico con el maltratador, en un intento de afrontar la escalada de agresiones y buscar la seguridad y el equilibrio. Este vínculo paradójico se caracteriza por la construcción de un nuevo modelo mental para hacer frente a la situación, en el que la víctima disociará las experiencias negativas de las positivas en su relación con el maltratador y se concentrará en estas últimas, asumiendo la parte de arrepentimiento de éste, sus deseos, motivaciones y excusas, y proyectando su propia culpa al exterior de la pareja (hacia quienes el agresor haya declarado como sus enemigos o responsables de la situación), protegiendo así su debilitada autoestima. Si bien este síndrome podría ayudar a entender la dificultad de estas mujeres para poner fin a la relación violenta y, en este sentido, permanecer durante tantos años con una pareja maltratadora, son necesarias futuras investigaciones que lo apoyen y validen. Por otro lado, Montero (2001) reconoce que su incidencia podría no ser tan común como la presencia de otros condicionantes en la permanencia de la mujer en la situación de violencia, tales como la dependencia afectiva y

económica, reacciones de miedo, desórdenes de la personalidad u otra clase de circunstancias de índole personal o familiar.

1.4. LA DEPRESIÓN

Algunos estudios han tratado de encontrar qué factores podrían estar implicados en el desarrollo de depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica. En este sentido, el tipo de atribución que hace la víctima de la ocurrencia del maltrato ha sido relacionado con el desarrollo de síntomas depresivos en mujeres maltratadas. Así pues, la autoculpabilización sobre lo sucedido está relacionada con la aparición de depresión en estas víctimas (Cascardi y O'Leary, 1992). Un dato relevante es que la depresión no sólo la padecen las mujeres que permanecen en la relación violenta, sino que también aparece muchas veces y con mayor intensidad en aquellas mujeres que ya han abandonado al agresor (Andrews y Brown, 1998). En este sentido, la atribución que hace la víctima de la ocurrencia de los malos tratos a rasgos internos y estables de su propia personalidad correlaciona positivamente con índices elevados de depresión una

Vez que la mujer ha abandonado al agresor. Por otro lado, la tendencia a hacer este tipo de atribuciones estaría relacionada con haber experimentado malos tratos en la niñez (Andrews y Brown, 1998). Así mismo, la percepción de falta de control sobre el comportamiento agresivo del maltratador y de su incapacidad para salir de la situación de violencia explicarían el estado depresivo en el que están inmersas estas víctimas (Walker, 1991). Mitchell y Hodson (1983) señalan que la ausencia de una red de apoyo social, familiar e institucional aumenta la gravedad de la sintomatología depresiva en mujeres víctimas de violencia doméstica. En un estudio de Villavicencio y Sebastián (1999b) con mujeres maltratadas en casas de acogida encontraron que el uso de estrategias de afrontamiento evitativas y la exposición al maltrato en la familia de origen eran variables que correlacionaban de manera positiva con el desarrollo de depresión. En el estudio de Amor et al. (2002) encontraron que aquellas mujeres que no denuncian su situación de violencia y aquellas que permanecen en el hogar con el agresor sufren una mayor sintomatología depresiva. En definitiva, la depresión es junto al TEPT una de las categorías diagnósticas que con mayor

Frecuencia presentan las mujeres maltratadas. La situación de aislamiento y cautiverio a la que se ven sometidas estas víctimas, la ruptura de su marco de referencia previo, la pérdida de refuerzos positivos y actividades gratificantes y la sensación de indefensión ante la percepción de falta de control sobre la violencia y de recursos para enfrentarla son factores que podrían estar explicando el desarrollo de este cuadro clínico en este tipo de víctimas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión es la cuarta enfermedad que más incapacidad provoca en el mundo.

Asimismo, la OMS considera que la depresión aumentará en los próximos años y que pasará del cuarto puesto al segundo en esta lista de enfermedades que generan más incapacidad.

Existen teorías psicológicas y neuro-químicas para explicar la depresión. Entre las primeras encontramos las teorías psicoanalíticas (dificultad para aceptar pérdida de objetos y manejar la agresión), el desamparo aprendido (que se estudió en monos y demostraba que los animales sometidos a frustraciones frecuentes y sensación de desamparo se deprimían con mayor facilidad) y las teorías cognitivas (que explican la depresión por la generalización de una o varias experiencias particulares).

Las teorías neuro-químicas estudian los desbalances que existen a nivel de neurotransmisores en el cerebro. Muchas de las enfermedades psiquiátricas se producen ya sea por exceso o deficiencia de algún neurotransmisor, que son las sustancias químicas que regulan la actividad neuronal en el Sistema Nervioso Central. Los estudios muestran que existe una asociación entre la depresión y un déficit de serotonina y alteraciones en la norepinefrina, pero no está demostrado que esa sea la causa.

Existen algunos tipos de depresión que se ven en familias, lo que podría indicar una vulnerabilidad biológica heredable. Esto se ve especialmente en el trastorno Bipolar, en donde existe un genotipo distinto en las personas con la enfermedad, que en aquellas que no la desarrollan. De todos modos, no toda persona con predisposición genética desarrollará el trastorno, se cree que es necesario un evento o factor externo que la desencadene.

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Cerca del 20% de las personas padecen a lo largo de su vida una depresión. El 70% de los pacientes con depresión son mujeres. Puede sufrirse una depresión a cualquier edad.

Según National Institute of Mental Health (2005), la depresión es un trastorno médico serio pero tratable que puede afectar a cualquier persona, sin importar su edad, grupo étnico, nivel socioeconómico o género. Sin embargo, es

posible que la persona afectada, su familia y amigos, e incluso sus médicos no reconozcan y no diagnostiquen la depresión. Para el hombre, en particular, es difícil admitir que tiene síntomas de depresión y solicitar ayuda.

La depresión se presenta en formas diferentes, al igual que otras enfermedades como las enfermedades cardíacas. Los tres trastornos depresivos principales son: *el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno bipolar (trastorno maníaco-depresivo)*. No todas las personas afectadas por un trastorno depresivo sufren todos los síntomas. Los síntomas y la severidad de éstos pueden variar de una persona a otra y también pueden variar con el transcurso del tiempo.

La depresión es una condición médica seria que afecta al cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos. Afecta nuestro desenvolvimiento diario, el concepto de sí mismo, y la manera que uno piensa sobre las cosas. El trastorno depresivo no es lo mismo que sentirse triste. No es una señal de debilidad personal o una condición que puede ser controlada a voluntad o por deseo. La gente que padece de la enfermedad de la depresión sencillamente “no pueden componerse a sí mismo” y mejorarse. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar por semanas, meses o años. Sin embargo, el tratamiento apropiado el cual frecuentemente incluye medicinas o psicoterapia a corto tiempo, puede ayudar a la mayoría de la gente que sufre de depresión.

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente con el que se encuentran los clínicos en la atención primaria. Los trastornos depresivos y la sintomatología depresiva se asocian a una significativa morbilidad en la disminución del nivel de actividad y aumento de días de incapacidad, días de absentismo laboral y la utilización de la atención sanitaria.

La depresión tiene varias presentaciones, al igual que otras enfermedades como las cardiovasculares. Este apartado describe tres tipos comunes de depresión. Dentro de estos tipos hay variaciones en el número de síntomas.

La depresión mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de las actividades que antes eran placenteras (a esto último se le denomina anhedonia). Un episodio depresivo mayor puede ocurrir una sola vez, pero con frecuencia ocurren varios episodios durante el transcurso de la vida. En el caso de la depresión mayor crónica (de años de evolución), es posible que la persona afectada necesite continuar con el tratamiento indefinidamente, inclusive años.

Un tipo "menos severo de depresión", la distimia, se manifiesta con síntomas persistentes, crónicos que no incapacitan seriamente, pero impiden que la persona afectada funcione bien o se sienta bien. Muchas personas con distimia también sufren episodios depresivos mayores en algunas etapas de la vida a esto se le denomina "depresión doble".

Otro tipo de depresión es la que ocurre en el trastorno bipolar. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: estados de euforia (manía) y de decaimiento (depresión) severos, a menudo con períodos de estado de ánimo normal entre éstos. Algunas veces los cambios en el estado de ánimo son drásticos y rápidos, pero generalmente son graduales.

Una persona, cuando está en el polo depresivo, puede tener uno o todos los síntomas de depresión. En el polo de manía, la persona puede presentar síntomas de hiperactividad, verborrea (hablar demasiado) y tener mucha energía. La manía generalmente afecta el pensamiento, el juicio y el comportamiento social en maneras que causan problemas graves y vergüenza. Por ejemplo, una persona en la fase de manía puede sentirse entusiasmada, llena de grandes proyectos que pueden incluir desde decisiones de negocio imprudentes hasta romances y relaciones sexuales de alto riesgo. La manía, si no se trata, puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (con pérdida del contacto con la realidad).

1.4.1. Signos y síntomas depresivos:

1.4.1.1. Síntomas Afectivos

El cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución temporal. En

algunos casos se trata de formas episódicas y en otras se trata de un estado de síntomas permanente de modo casi continuo.

La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión. Además de estar presente prácticamente en todos los deprimidos, es la queja principal aproximadamente en la mitad de tales pacientes (Klerman, 1987). Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad, son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo.

Los síntomas que generalmente se presentan en la depresión se desarrollan gradualmente y pueden incluir:

- Tristeza.
- Dificultad o incapacidad para disfrutar de situaciones o eventos que habitualmente le despertaban alegría o gozo, con disminución o pérdida de interés hacia los mismos y hacia la vida (anhedonia).
- Disminución o abatimiento del estado de ánimo.
- Falta de voluntad o de energía; apatía (abulia, anergia).
- Desesperanza.
- Melancolía.
- Ansiedad (nerviosismo).
- Sentimientos de culpa.
- Sentimientos de vergüenza y auto desprecio.

- Irritabilidad.
- Intranquilidad.
- Disforia.

1.4.1.2. **Síntomas Cognitivos**

El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente (Hartlague, Alloy, Vásquez y Dyckma,1993) incapacitando su desempeño en las actividades diarias. Pero a parte de este déficit formal, el contenido de las cogniciones de una persona depresiva está también alterado.

En efecto, la valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro suele ser negativa. La autodepreciación, la autoculpación, y la pérdida de autoestima suelen ser, por lo tanto, contenidos claves en las cogniciones de estas personas.

Los modelos cognitivos de la depresión plantean que estas cogniciones negativas pueden tener un papel causal, más que sintomatológico, en el desarrollo del trastorno. Es decir, las cogniciones serían un elemento etiológico de la depresión más que un síntomas de la misma.

- Dificultad para concentrarse.
- Disminución del rendimiento intelectual.
- Incapacidad para afrontar y resolver problemas cotidianos.
- Pesimismo.
- Ideas de minusvalía.
- Auto reproches.
- Indecisiones o dudas exageradas.
- Fallas para hacer un juicio realista sobre si mismo.
- Pensamiento obsesivo.
- Ideas de culpa, vergüenza, pecado, etc.
- En depresiones severas el contenido puede ser delirante.
- Pensamientos autodestructivos.

1.4.1.3. Síntomas Conductuales.

Uno de los aspectos subjetivos más doloroso para la persona deprimida es el estado general de inhibición en que se hallan. En efecto la apatía, la indiferencia y, en definitiva, la anhedonia o disminución en la capacidad de disfrute es junto con el estado de ánimo deprimido el síntoma principal de un estado deprimido.

En su forma más grave este tipo de inhibición conductual se conoce como retardo psicomotor, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta (Klerman, 1987).

- Aspecto de abatimiento, predominando los músculos flexores y aductores sobre los extensores y abductores.
- Faltas al trabajo o escuela.
- En estudiantes: disminución del rendimiento escolar.
- Pueden coexistir el alcoholismo y las adicciones.
- Tentativas suicidas.
- Retardo psicomotor: inhibición en actividades físicas y en el habla.
- Cuando la ansiedad es importante: inquietud e hiperactividad, pudiendo llegar a la agitación motora.

1.4.1.4. Síntomas Psicofisiológicos.

La aparición de cambios físicos es habitual y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita la ayuda de un profesional. Un síntoma típico, que afecta a un 70-80 por 100 de los pacientes depresivos son los problemas de sueño. Normalmente se trata de insomnio. Otro síntomas físicos comunes son la fatiga, la pérdida de apetito y una disminución de la actividad y del deseo sexual que, en los hombres, puede incluso acompañarse con dificultades en la erección

También los deprimidos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc. De hecho es el médico internista o de medicina general, y no el profesional de la salud mental, el que trata en primera

instancia a los pacientes deprimidos en la mayoría de los casos. Así pues los síntomas físicos a veces se consideran como una importante línea divisoria entre la depresión normal y la depresión clínica (Depue y Monroe, 1978; Coyne, 1986) o, si se desea precisar aún más, entre aquellos que buscan ayuda médica o psicológica y aquellos que no lo hacen (Golberg y Huxley, 1992)

- Insomnio o hipersomnia. Somnolencia diurna.
- Cambios en el apetito: hiporexia (disminución del apetito) o hiperexia (aumento del apetito).
- Cambios en el peso corporal.
- Disminución de la energía en general: se cansa fácilmente, no resiste las labores habituales (cotidianas).
- Disminución de la libido (disminución del deseo sexual).
- Constipación (estreñimiento).
- Cefalea.
- Mareos.
- Mal aliento (halitosis).
- Molestias somáticas.
- Síntomas físicos dolorosos.

1.4.1.5. Síntomas Interpersonales.

Un área descuidada de la investigación sintomatológica en la depresión es el de los aspectos interpersonales. Una importante característica de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. De hecho, un 70 por 100 dice haber disminuido su interés por la gente (Beck, 1976). Estos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez reacciona aislándoles aún más (Klerman y Weissman, 1986). Esta área puede ser foco de interés en el futuro, puesto que un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes ha mostrado ser un buen predictor de un peor curso de la depresión (Barnett y Gotlib, 1988).

La depresión en el hombre es menos frecuente que en las mujeres, sin embargo, si se produce conlleva mayores riesgos ya que está asociada a posibles enfermedades coronarias. Además, el hábito de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. Los síntomas son diferentes a las mujeres, en los hombres se manifiesta con irritabilidad, en lugar de sentimientos de desesperanza. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. El gran problema es que el hombre sólo pide ayuda cuando ya no puede más.

El hombre tiene menos probabilidades de sufrir depresiones y es más reacio a admitir que tiene depresión. Por ello el diagnóstico puede ser más difícil. Esto es especialmente grave si se tiene en cuenta que la tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer, aunque los intentos son mucho más comunes entre las mujeres. El alcohol y las drogas enmascaran la

depresión en el hombre, más comúnmente que en la mujer. También el hábito de trabajar en exceso puede enmascarar una depresión, que se manifiesta por la irritabilidad y desaliento, en lugar de sentimientos de desamparo. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, tiende menos a buscar ayuda.

Estudios clínicos han revelado que tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas típicos de la depresión. Sin embargo, a menudo los hombres y las mujeres sienten la depresión de manera diferente y pueden enfrentarla de formas diferentes. Los hombres generalmente se quejan de fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en el trabajo o pasatiempos favoritos y problemas de sueño, y no se quejan tanto de otros síntomas como sentimientos de tristeza, falta de autoestima y culpabilidad excesiva.

Las investigaciones científicas del sistema nervioso, genéticas y clínicas han demostrado de manera contundente que los trastornos depresivos son trastornos cerebrales, que también pueden ser ocasionados por circunstancias que obedecen a situaciones sociales.

- La experiencia de un evento traumático como el abuso sexual en la infancia o adolescencia, genera consecuencias devastadoras en la esfera emocional e impacta la identidad masculina sobre todo en la sexualidad.

Al mismo tiempo que limita a los hombres para entablar vínculos afectivos satisfactorios en la vida adulta.

- La pérdida de la pareja por causas relacionadas a la violencia ejercida por los varones hacia la pareja, así como las relaciones extramaritales por parte de los hombres y la insatisfacción en la vida o malas relaciones con su cónyuge.
- La pérdida de la salud, ocasionada por padecer alguna enfermedad crónica o alguna lesión grave. Desafortunadamente la salud y el autocuidado no juegan un papel importante en la vida de los varones, sin embargo, cuando se llegan a enfermar, además de no buscar tratamiento, llegan a desarrollar depresión porque sienten que su cuerpo ha claudicado.
- La pérdida del trabajo o la insatisfacción laboral, y la adicción al trabajo. Estas son experiencias que constituyen fuentes de malestar e incertidumbre en los hombres, con repercusiones en su identidad de género de proveedores económicos.

1.5. OTROS PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS

1.5.1. Baja autoestima. Numerosos estudios concluyen que el maltrato físico, sexual y psicológico disminuye la autoestima de las víctimas, al provocar un deterioro significativo de la percepción de sí mismas, aumentar las creencias de autoevaluación negativa e incompetencia y disminuir la capacidad para poder

afrontar adecuadamente la situación de maltrato. En el estudio de Echeburúa et al. (1997a), se encontró que las mujeres maltratadas, independientemente del tipo de maltrato experimentado, presentaban un nivel de autoestima inferior a la población normal. Sin embargo, algunos estudios señalan que es el maltrato psicológico, debido a su función de control, el que provocaría un mayor deterioro en la autoestima de estas víctimas (Lynch y Graham-Bermann, 2000). Las continuas críticas y descalificaciones por parte del agresor y la tendencia en estas mujeres a autoculpabilizarse por la ocurrencia del maltrato son factores determinantes en el desarrollo de una autoevaluación negativa. Por otro lado, la situación de aislamiento a la que se ven sometidas y de restricción de contactos sociales privaría a estas mujeres de oportunidades de contrastar esta autoevaluación negativa, fomentando el desarrollo de una autoimagen cada vez más desfigurada y deteriorada (Villavicencio y Sebastián, 1999a). Respecto a las variables predictoras, Cascardi y O'Leary (1992) examinaron la relación entre autoestima, severidad, frecuencia y gravedad de las lesiones sufridas en 33 mujeres que estaban siendo víctimas de maltrato en el momento del estudio. Encontraron que una baja autoestima correlacionaba de manera significativa con la gravedad y severidad del maltrato. Por otro lado, la relación entre maltrato y niveles de autoestima estaría influida por otros factores como el apoyo social (Mitchell y Hodson, 1983). En este sentido, el disponer de una red de apoyo social es un factor relacionado con un mayor grado de bienestar y una mejora en los niveles

de autoestima en mujeres maltratadas en casas de acogida (Villavicencio y Sebastián, 1999b).

1.5.2. Abuso o dependencia de sustancias adictivas En un intento de aliviar de manera transitoria el malestar físico o emocional generado por la cronicidad de la violencia, algunas mujeres maltratadas recurren al consumo de sustancias adictivas (drogas, alcohol o psicofármacos). Golding (1999) encuentra, tras la revisión de los estudios sobre violencia doméstica, que el consumo de drogas puede afectar hasta un 8.9% de las víctimas de violencia doméstica, porcentaje que está por encima de la media de la población femenina normativa, siendo más frecuente en las mujeres maltratadas más jóvenes. En el estudio de Gleason (1993), al que se ha hecho referencia anteriormente, el 10% de las mujeres en casas de acogida y el 25% de las mujeres maltratadas que vivían en su domicilio consumían estas sustancias, frente a un 4% de las mujeres de la muestra epidemiológica. Respecto al alcohol, su consumo es mucho más frecuente en mujeres maltratadas que en el resto de la población femenina. Según el estudio de Golding (1999), la tasa de prevalencia en esta población oscila entre un 6.6% y un 44%, situándose la media en torno al 18.5%, porcentaje muy por encima de la media de la población normativa (del 4% al 8%). Parece que la cantidad de consumo de alcohol en mujeres maltratadas aumenta cuanto mayor es la percepción de amenaza a su integridad física, estando, por lo tanto, directamente relacionada con la gravedad de la violencia experimentada (Clark y Foy, 2000). Capítulo 6: Consecuencias en la salud de la

violencia doméstica 77. De la misma manera, el consumo excesivo de psicofármacos, principalmente de analgésicos, en forma de autoterapia es frecuente en mujeres maltratadas, como un intento de reducir la ansiedad inmediata y bloquear el malestar físico y emocional derivado de una situación de estrés crónico, como es el maltrato prolongado (Echeburúa y Corral, 1998). En un estudio de Groeneveld y Shain (1989) con mujeres víctimas de violencia doméstica encontraron que el 74% tomaba sedantes y un 40% sustancias para dormir. Por otra parte, según Dutton (1992) las mujeres maltratadas en ocasiones presentan otras adicciones, como compra compulsiva, adicción a los juegos de azar, etc., así como trastornos de la impulsividad (bulimia, cleptomanía, etc).

1.5.3. Suicidio o ideación suicida

La tasa de prevalencia de suicidio en mujeres víctimas de malos tratos encontrada en el estudio meta-analítico de Golding (1999) oscila entre un 4.6% y un 77%, con una media ponderada que se sitúa en un 17.9%, muy por encima de la media de la población normativa. Ser o haber sido víctima de malos tratos es una de las causas de intento autolítico entre las mujeres. En el estudio de Stark, Flitcraft y Frazier (1979) encontraron que un 29% del total de mujeres ingresadas en el servicio de urgencias de un hospital por intento de suicidio eran maltratadas, habiéndolo sido ese mismo día la mitad de ellas, y el 75% restante durante los seis meses anteriores al ingreso. En un estudio posterior, añadieron

que uno de cada cuatro intentos de suicidio entre las mujeres es causado por los malos tratos (Stark y Flitcraft, 1988). En España Villavicencio (1996) entrevistó a un grupo de mujeres maltratadas y encontró que un 32.5% de ellas había intentando o planeado suicidarse a lo largo de la relación abusiva. De manera más reciente, Lorente (2001) ha sugerido que en nuestro país entre el 20% y el 40% de las mujeres que se suicidan cada año tienen antecedentes de malos tratos. Entre los factores de riesgo del suicidio, Blaauw, Arensman, Kraaij, Winkel y Bout (2002) afirman que es la situación de aislamiento a la que están sometidas las víctimas de malos tratos la variable que mejor predice la decisión de estas mujeres de acabar con su vida, como la única solución para escapar del sufrimiento que están viviendo. Por otro lado, parece más frecuente el intento de suicidio en las víctimas que, además del maltrato, han sufrido abusos sexuales en la infancia (Blanco 2004).

1.5.4. Inadaptación

El estudio de Echeburúa et al. (1997a) señala que las mujeres maltratadas presentan un índice muy alto de inadaptación a la vida cotidiana, sin que haya diferencias significativas en función del tipo de maltrato experimentado. Parte teórica: Violencia doméstica 78. En el estudio de Amor et al. (2002) las mujeres que habían sufrido más años de maltrato y aquellas que presentaban antecedentes de violencia en su familia de origen eran las que manifestaban un mayor grado de inadaptación a la vida cotidiana. Vázquez (1999) recoge los hechos ocurridos en una relación abusiva que deteriorarían el nivel de

adaptación global de estas mujeres. Estos hechos serían el aislamiento social al que se ven forzadas por el agresor, que provocaría elevados niveles de inadaptación en el área social; la aparición de alteraciones psicopatológicas, que tendría como consecuencia una grave inadaptación a nivel emocional; el deterioro en las relaciones familiares, que conllevaría una inadaptación a nivel familiar; y el bajo rendimiento y ausentismo laboral y el aislamiento respecto a los compañeros de trabajo, que deterioraría la adaptación en esta área. En un estudio llevado a cabo en los EEUU por Lloyd y Talud (1999) en el que compararon mujeres que habían sido víctimas de violencia doméstica con mujeres que no lo habían sido, encontraron que las primeras habían estado un mayor número de veces en situación de desempleo, habían cambiado más veces de trabajo, recibían menos ingresos y habían sufrido más problemas de salud física y psicológica que afectaban a su desempeño laboral en comparación con las mujeres no maltratadas.

1.5.5. Distorsiones cognitivas.

Es frecuente que las mujeres maltratadas que conviven con el agresor utilicen estrategias cognitivas para hacer frente al impacto psicológico que provoca el maltrato, estrategias que suponen a menudo una distorsión de la realidad para encontrar una consonancia cognitiva entre la gravedad de la realidad en la que están inmersas y el mantenimiento de la relación. La fase evolutiva del proceso violento determina el tipo de estrategia utilizada (Echeburúa, Amor y Corral, 2002). Así pues, estos autores afirman que en las primeras fases del maltrato,

en las que la violencia suele ser más sutil e incluso imperceptible y de tipo predominantemente psicológico, la negación y minimización del problema, la justificación y normalización de los episodios agresivos y la atención selectiva a los aspectos positivos de la pareja son las estrategias de afrontamiento que con más frecuencia utilizan las víctimas. Cuando la violencia se agrava la víctima puede llegar a sobrevalorar la creencia de que el agresor cambiará y a autoinculparse por el maltrato o por no saber tratar a su pareja. Por último, cuando la violencia está definitivamente instaurada en la relación de pareja y la mujer toma conciencia de que el agresor no cambiará, entra en un estado de desesperanza y desamparo. En este estado, en el que desconfía de su capacidad para abandonar al maltratador, la víctima comienza a adoptar su sistema atribucional, esto es, atribuir a factores externos la ocurrencia de los episodios violentos, con el fin de justificar su permanencia en la relación y a modo de defensa psicológica para disminuir la disonancia cognitiva.

Capítulo 6:
Consecuencias en la salud de la violencia doméstica 79

Por otro lado, la exposición repetida a la violencia provoca en las víctimas una ruptura en su sistema de creencias previo, principalmente en la forma en que perciben el mundo, a los demás y a sí mismas, provocando distorsiones cognitivas en estas tres áreas. Así pues, la ocurrencia del suceso traumático en el lugar supuestamente más íntimo y seguro para la víctima, el propio hogar, y a manos de la persona en la que ha depositado toda su confianza, rompe la percepción de seguridad e invulnerabilidad que previamente tenía, dando lugar a la

aparición de distorsiones cognitivas basadas en la creencia de que el mundo es un lugar totalmente peligroso y que cualquier persona puede hacerle daño. Dutton (1992) señala que la percepción de vulnerabilidad de la víctima se generalizará a todos los lugares a los que su pareja tiene acceso y que esta percepción no se llega necesariamente a restablecer después de la separación, el divorcio o el cambio de domicilio, debido a que este tipo de acontecimientos frecuentemente provocan un aumento en la severidad de los malos tratos. Por otro lado, las distorsiones cognitivas sobre sí misma en las mujeres maltratadas harían referencia fundamentalmente a su autoinculpación por la ocurrencia de los malos tratos, sobre todo en aquellas que han sido física o sexualmente abusadas. La creencia de que la conducta del agresor depende de su propio comportamiento, lleva a estas mujeres a responsabilizarse a sí mismas de los actos violentos y a intentar cambiar las conductas del maltratador. Sin embargo, cuando comprueban reiteradamente el fracaso de sus expectativas es frecuente que desarrollen sentimientos de culpa y de fracaso (Sarasua y Zubizarreta, 2000). Echeburúa y Corral (1998) afirman que casi la mitad de las víctimas se atribuyen a sí mismas la culpa por la ocurrencia del maltrato, lo que podría estar relacionado con las conductas que la víctima ha realizado para evitar el agravamiento de la violencia, esto es, mentir, encubrir al maltratador, consentir el maltrato a los hijos por temor, etc. Miller y Porter (1983) diferencian tres tipos de cogniciones de autoinculpación en mujeres maltratadas: por ser ellas las causantes de los episodios de violencia, por no ser capaces de detenerlos y por

tolerar la violencia, señalando que son este último tipo de pensamientos los más frecuentes en las mujeres maltratadas y los que, en mayor medida, determinarían el deterioro emocional y conductual que manifiestan estas víctimas. Kubany et al. (2004) señala que la severidad de las ideas de culpa en las mujeres víctimas de violencia doméstica correlaciona de manera positiva con la severidad del trastorno de estrés postraumático. En este sentido, los sentimientos de culpa y de rabia facilitarían la re experimentación del acontecimiento traumático (Echeburúa y Corral, 1998).

1.6. Psicoterapia Cognitiva- Conductual.

La Terapia Cognitivo- Conductual (TCC) cobró fuerza a finales de la década de los 80, pero sus raíces se encuentran en la década de los 60. Su surgimiento se debe en gran parte al desencanto con los resultados del psicoanálisis que era la orientación de terapia más extendida en aquella época. Actualmente la Terapia Cognitivo Conductual se encuentra enormemente avanzada, tanto en Europa como en Estados Unidos, tratándose de la orientación psicológica más avalada por la ciencia en la actualidad.

Dentro del desarrollo Histórico de la psicoterapia cognitiva resaltamos a Victor Raimy (1975) quien ha trazado la historia de la TCC, desde los tiempos de los antiguos filósofos griegos y romanos hasta los teóricos modernos. Este autor

cita, por ejemplo, las observaciones de Epícteto, filósofo estoico romano, quien destacó el papel de los factores cognitivos como causas del trastorno emocional.

En los siglos XVIII y XIX dentro de la corriente idealista alemana, autores que resaltan el papel de la cognición (significados, pensamientos.) son principalmente Kant (1724-1804) y Vaihinger (1853-1933). Kant en su "Crítica de la razón pura" (1781) describe la naturaleza del conocimiento no como mero derivado de una capacidad innata humana (idea defendida por los racionalistas como Descartes), ni como simple producto de las asociaciones sensoriales (como defendían los empiristas ingleses). Él reúne los dos aspectos anteriores en una nueva síntesis que intenta resolver los problemas creados a la explicación de la génesis del conocimiento. Él argumenta que el conocimiento, por lo tanto los significados personales de la experiencia humana, son contruidos por la mente humana.

Según Walsh (1968), Kant introduce el concepto de esquema cognitivo: una construcción mental de la experiencia que refleja al mismo tiempo el mundo real de los objetos y hechos siempre cambiantes y la lógica subyacente de las categorías que la mente impone a la experiencia. Incluso el filósofo alemán, llega a describir la enfermedad mental como el resultado de no adecuar el "sentido privado", de los significados racionales compartidos socialmente. Sin embargo será el neokantiano H. Vaihinger quien más desarrolle la idea de la

realidad construida por los esquemas. Para este autor la conducta está guiada por metas y guiones ficticios (construcciones simbólicas personales), que tienen por finalidad asegurar la vida humana. Todas estas ideas tendrán una influencia decisiva sobre Alfred Adler, y a través de este sobre la futura y posterior psicoterapia cognitiva.

Las terapias cognitivas plantearon en sus orígenes preguntas que las hacían distinguir de otros enfoques. Se desarrollan como un proceso dialéctico, en un movimiento que se alejaba de los excesos teóricos y las limitaciones prácticas del psicoanálisis clásico y del conductismo (Liotti y Reda, 1981)

Cuando hablamos de cognitiva, empieza a surgir una cierta confusión en el campo respecto a los que podemos considerar “Psicoterapias cognitivas”.

El trabajo estándar en la terapia cognitiva descrito por Rush, Bevk, Kovacs y Hollon (1977) y sintetizada por Clark (1995), entiende la terapia cognitiva como una “psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en trastornos psicológicos como la depresión; ya que la terapia cognitiva considera a un grupo hiperactivo de conceptos desadaptativos como la característica central de los trastornos psicológicos, entonces, corregir y abandonar estos conceptos mejora la sintomatología. El terapeuta y el paciente colaboraran en identificar las cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están

sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad”.

La Teoría Cognitiva postula que la conducta y sus consecuencias está determinada por la manera como la persona entiende, interpreta y estructura el mundo basándose en actitudes y supuestos propios que ha ido desarrollando a partir de sus experiencias y aprendizajes anteriores. Estos procesos de evaluación son universales, los realizamos todas las personas, pero el significado finalmente atribuido a cada condición ambiental o experiencia es particular de cada individuo.

El resultado de esta evaluación se expresa en forma de etiquetas, valoraciones o definiciones muy concretas que incorporamos en nuestro lenguaje interno, o discurso particular que mantenemos constantemente con nosotros mismos y en el que describimos lo que vemos, lo que sentimos, lo que nos está pasando, lo que harán los otros.

La repetición continuada de estas valoraciones en el discurso interno puede llegar a activar determinadas emociones y sentimientos, que a su tiempo influirán y condicionarán cómo la persona sigue evaluando, etiquetando y determinando el qué y cómo decide hacer él mismo para enfrentarse al mundo en general y a las experiencias concretas y cotidianas, en particular (por ejemplo: si cada vez que nos encontramos con una dificultad, de manera automática, pensamos: “no aprenderé nunca”, “todo lo hago mal”... es más

probable que nos sintamos desanimados: si por el contrario, nos decimos: “es más difícil de lo que había previsto”, “necesitaré un poco más de tiempo para resolverlo”, es más probable que nos sintamos con energía para continuar afrontando la dificultad).

La Terapia Cognitiva es el procedimiento para identificar y modificar estos “procesos cognitivos” con el objetivo de modificar sus repercusiones sobre las conductas y sobre las emociones. La modificación tiene sentido clínico cuando los pensamientos, la conducta o las emociones son disfuncionales y reflejan la presencia de un trastorno mental o cuando dificultan la adaptación de la persona a los requerimientos de su vida diaria afectiva, relacional, intelectual. La terapia Cognitiva dispone y aplica técnicas y procedimientos específicos y también utiliza las técnicas y los procedimientos propios de la Terapia de Conducta; por tanto se habla indistintamente de terapia Cognitiva o Terapia Cognitivo conductual.

La terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964 en: Camerine, 2005)

Más recientemente, J. S. Beck (1995), subraya diez principios que están en la base de la terapia cognitiva:

- La TC se basa en una formulación, siempre en desarrollo, del paciente y su problema en términos cognitivos. Desde un principio se establece esa conceptualización, completándose y reformulándose, si es necesario, a la vista de los datos acumulados.
- La TC requiere una sana alianza terapéutica.
- Se enfatiza la colaboración y la actividad.
- La TC está orientada hacia objetivos y se focaliza en problemas concretos.
- Al menos inicialmente, la TC enfatiza los problemas del presente.
- Este tipo de terapia es educativa, tiene como objetivo enseñar al paciente a ser su propio terapeuta, enfatizando la prevención de recaídas.
- La TC tiende a ser de tiempo limitado.
- Las sesiones de la TC están estructuradas.
- Esta terapia enseña al paciente a identificar, evaluar y responder a sus creencias y pensamientos disfuncionales.
- La TC usa una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, la conducta y el estado de ánimo.

Entre las características de la Terapia Cognitiva – Conductual podemos mencionar

- Es de corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia.

- Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.
- Es activo-directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana. El terapeuta es más directivo: complementa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.
- Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.
- Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.
- Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.
- Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.

Según Mahoney y Arkhoff (1978) existen tres grupos de terapias cognitivas:

Terapias racionales o de reestructuración Cognitiva:

- El papel de estas técnicas es identificar y modificar cogniciones desadaptativas.

- Terapia Racional Emotiva de Ellis.
- Reestructuración Racional Sistemática de Goldfried y Golfried- Terapia cognitiva de Beck.

Técnicas para el manejo de situaciones evocadoras de estrés:

- Desensibilización Sistemática.
- Modelado Encubierto de Cautela.
- Inoculación de estrés de Meichenbaum y Cameron.
- Entrenamiento en manejo de ansiedad de Suinn y Richardson.

Técnicas Destinadas al entrenamiento para el análisis y abordaje de problemas:

- Técnica de Resolución de problemas de D`Zurilla y Golfried.
- Técnica de Resolución de problemas Interpersonales de Spivack y Shure.
- Ciencia Personal (SCIENCE) de Mahoney.

1.6.1. La Psicoterapia Cognitiva – Conductual y la Depresión.

Los terapeutas cognitivo – conductuales resaltan la interdependencia de los múltiples procesos que están envueltos en los pensamientos, sentimientos y conductas del individuos, así como en las consecuencias ambientales. Mientras

que algunos terapeutas semánticos como Ellis, han sostenido que los disturbios emocionales y la conducta inadaptada derivan de creencias irracionales y distorsiones cognitivas, los terapeutas cognitivo conductual consideran que las cogniciones del cliente son únicamente uno de los diversos factores que contribuyen a la etiología y mantenimiento de la conducta anormal. Para A.T.Beck, la persona depresiva ha tenido a lo largo de su historia un conjunto de experiencias negativas, que se han fijado como esquemas cognitivo (postulados silenciosos que organizan la recogida de información y seleccionan estímulos del ambiente en base a criterios depresivos), los que pueden estar temporalmente inactivos y ser energizados por situaciones desencadenantes.

Los acontecimientos vitales negativos o estresantes siempre han estado asociados a la depresión, encontrando según Paykel.1979. (en Miller I.) que la mayor correlación se da con las separaciones recientes, fracasos y conflictos interpersonales; mientras Holmes y Rahe (en J.Saiz.1989) observan el mayor grado de estrés en la muerte del cónyuge, divorcio y separación. El concepto de pérdida como precipitante de la depresión ha sido subrayado por psicoanalistas (pérdida del objeto amado), conductistas (pérdida de refuerzo) y partidarios del modelo cognitivo (pérdida activadora de mecanismo cognitivo depresivo), aunque en dimensiones diferentes.

La persona con depresión interpreta los acontecimientos ajustándose a un esquema previo, formado al hilo de las primeras experiencias, que emerge con

facilidad y dirige la información presente, acomodándola y moldeándola según su peculiar modo de construcción e interpretación.

Según Beck, estos esquemas cognitivos se han desarrollado desde la infancia y adolescencia, a partir de las interacciones con el entorno, las opiniones de otros sobre él y el modelado paterno (López, 1994). A raíz de estos esquemas la persona desarrolla la triada cognitiva depresiva, viéndose a sí mismo, al entorno y al futuro de manera negativa, estando correlacionadas correlativamente las tres vivencias con los intentos de suicidio, la dependencia y el estado de ánimo depresivo. (Beck, J., Cognitive Therapy; Basics and Beyond 1995).

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos. Beck (1967 y 1979) identifica en la depresión no psicótica los siguientes:

- **INFERENCIA ARBITRARIA:** Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.
- **ABSTRACCIÓN SELECTIVA:** Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.

- ***SOBREGENERALIZACIÓN:*** Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.
- ***MAXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN:*** Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.
- ***PERSONALIZACIÓN:*** Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.
- ***PENSAMIENTO DICOTÓMICO O POLARIZACIÓN:*** Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectadas en distintos estados emocionales alterados (p.e Mckay, 1981). Lo esencial es destacar que aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados. Solo la organización cognitiva es idiosincrásica y personal a cada individuo, aunque pueden encontrarse semejanzas en sus distorsiones y Supuestos personales.

El enfoque cognitivo opina que son los propios pensamientos, originados en esquemas cognitivos previos, los que producen el estado de ánimo deprimido y propone para su explicación el análisis funcional basado en esquemas, triada depresiva y pensamientos distorsionados.

La intervención sobre la depresión comienza a ser psicoterapéuticamente más eficaz a raíz del desarrollo de los modelos cognitivo conductuales, cuyo ámbito de aplicación amplio y flexible, abarca al individuo, la familia y el grupo; extendiéndose a la sociedad, en su unión con el modelo de competencia.

La evolución desde el conductismo radical hasta la teoría cognitivo conductual fue gradual y en su transcurso desarrolló modelos que se fueron complementando hasta la actualidad.

Según el modelo conductual, la depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva, él mismo, el mundo y el futuro.

El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos y analizarlos y cambiarlos racionalmente. La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos. Cuando pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la preparación para actuar que

nos deja, es decir, la emoción y la sensación asociada. Se puede analizar de esta forma el pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa a qué se debe y que es lo que en realidad la sensación le dice. Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras es preciso hacer algún experimento para comprobar que no responde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente pueda apreciar la realidad. Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan caído que en efecto no puede actuar.

El modelo cognitivo conductual entronca con el de Competencia (Costa y López.1986), refiriendo que el incremento de recursos personales, sociales y económicos, hace al individuo menos vulnerable a la enfermedad. (Albee.1980).

La incidencia de problemas de salud es una razón que depende de de causas orgánicas, circunstancias estresantes de la vida y necesidades en general, así como de los recursos disponibles para hacer frente al problema). La intervención, según este modelo, se centrará en el sistema de recursos sociales y del individuo, más que en sus déficits. Es un modelo de competencia, no de

insuficiencia y con ello pretende incrementar el sentimiento de control y reducir la posibilidad de indefensión aprendida.

El primer objetivo del terapeuta cognitivo conductual es ayudar al cliente a tomar consciencia de este proceso transaccional que envuelve múltiples procesos. Este aprendizaje se alcanza de una manera clínicamente manifiesta, esto es, incluyendo al cliente como un colaborador en la recolección de datos con el fin de permitirle descubrir cómo sus propios pensamientos, sentimientos y conductas influyen en los numerosos problemas que presenta. Cuando entran a terapia, la mayoría de los clientes expresan el sentimiento de ser “víctimas de las circunstancias” y de encontrarse desvalidos para cambiar las cosas. Con frecuencia, expresan sentimientos de desmoralización, desvalimiento y desesperanza.

Las estrategias conductuales han sido utilizadas con éxito durante años en terapia de grupo (Lewinsohn.1969. Fuchs y Rhem.1977.). Una intervención grupal en pacientes depresivos puede estructurarse de distintas maneras y con componentes diversos.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

La presente investigación busca valorar la efectividad de la psicoterapia Cognitiva Grupal, como tratamiento para disminuir los síntomas depresivos en un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica, mediante la utilización de un diseño de pre-prueba y post-prueba con un grupo de control. La investigación se realizó en el Centro de Asistencia a Víctimas del Ministerio Público, en donde las mujeres víctimas de violencias domésticas, acuden por primera vez a interponer una denuncia por maltrato. Se realizó una revisión de las víctimas de maltrato que interpusieron denuncias entre los meses de Enero y Abril de 2015.

La violencia doméstica es un patrón de comportamiento amenazador o controlador impuesto sobre una mujer u hombre, sin considerar sus derechos, sentimientos, cuerpo o salud. Una mujer u hombre son víctimas de abuso si una persona con quien tuvieron una relación íntima le ha causado daño intencional, generalmente repetido, físico, sexual o emocional. (GROSMAN,1989)

La violencia doméstica no reconoce barreras económicas, de educación, raciales, religiosas o de edad. El abuso ocurre en todo tipo de parejas que tienen relaciones íntimas. Es más común en parejas conformadas por hombre y mujer.

La violencia doméstica es un problema social de gran magnitud, motivo en la actualidad, de una importante alarma en la comunidad internacional. Su elevada incidencia, sus consecuencias negativas, y la gravedad de los hechos que entraña, hace que constituya una seria violación a los derechos humanos.

Sin embargo, con frecuencia es un problema al que se le resta importancia considerando que es algo “raro” o “anormal” en términos de normas estadísticas, es decir poco usual, y que los pocos casos que se dan, pertenecen al ámbito de lo estrictamente personal o privado. De ahí que sean comunes posturas de inhibición o falta de atención ante él, como si bastara con no darle importancia para que por sí mismo se redujera. La realidad es otra, en la medida en que se ignora que este problema existe, cómo se da y en qué causa un inmenso sufrimiento a las personas que la padecen. (GROSMAN, 1992)

El centro de asistencia a víctimas del ministerio público reporta que entre los meses comprendidos de Enero a Marzo de 2015 se han registrado un total de 125 denuncias, interpuesta por mujeres que son víctimas de maltrato: ya sea por su cónyuge o ex cónyuge y/o cualquier otro familiar; ya sean hijos, sobrinos, hermanos, etc.

Una mujer víctima hace frente a dos obstáculos; en primer lugar demostrar su condición de víctima y segundo lugar, debe asegurarse de proteger sus niños y que y no se conviertan, en nuevas víctimas. Las mujeres muy a menudo soportan los abusos por razones de protección y conservación del lazo afectivo con sus hijos, y no ser destruidos económicamente como consecuencia de la separación.

Justificación

En nuestro país es sensiblemente notoria la ausencia de una política interinstitucional orientada a dar respuesta a las necesidades de las víctimas y urge la necesidad de elaborar e implementar programas que ofrezcan una atención digna, ya que en la actualidad, la atención deficiente se encuentra extendida y se da en los diversos niveles de operadores del sistema, desde la recepción de la denuncia hasta niveles de mayor jerarquía institucional que continúan reproduciendo actitudes y formas que llevan a la victimización secundaria. La victimización secundaria en nuestro medio se presenta en la forma de falta de privacidad durante la denuncia del hecho, incompreensión y desinformación sobre las características de su condición, negación a la víctima de su derecho a la información completa y detallada sobre el procedimiento a iniciar o continuar, interrogatorios inapropiados, inexistencia de servicio de apoyo y, repercusión. En Panamá nuestras víctimas de violencia doméstica carecen de un apoyo emocional que les facilite confrontar su situación actual, situación que en la mayoría de los casos los lleva a manifestar depresión. Es por tal razón que surge la idea de brindar a las mujeres víctimas de violencia domésticas un apoyo emocional mediante la aplicación de una psicoterapia cognitiva grupal con el objetivo de reducir esta problemática.

En nuestro país existen pocos estudios relacionados con el tema planteado en esta investigación, pero se encontraron varios que indican que la terapia cognitiva conductual es efectiva como tratamiento psicológico para reducir los síntomas depresivos.

Ante todos estos aspectos podemos lanzar nuestro problema de investigación de la siguiente manera:

c. Problema de investigación:

¿Las mujeres víctimas de violencia doméstica con sintomatología depresiva que participen en la psicoterapia cognitiva grupal reducirán sus síntomas?

b. Hipótesis

b.1. Hipótesis de Investigación:

- El grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica que reciben psicoterapia cognitiva grupal, no disminuirán la manifestación de síntomas depresivos.

b.2. Hipótesis Estadística

Ho. La psicoterapia Cognitiva grupal aplicada a un grupo de mujeres

Víctimas de violencia doméstica no disminuye los síntomas depresivos.

H1. La psicoterapia Cognitiva grupal aplicada a un grupo de mujeres

Víctimas de violencia doméstica disminuyen los síntomas depresivos.

Ho El puntaje promedio obtenido en el pre-test grupo experimental, no es mayor que la del grupo de control.

H2. El puntaje promedio obtenido en el pre-test grupo experimental es mayor que la del grupo control

H0 . El puntaje obtenido en el post-test grupo experimental no es menor que la del grupo de control

H3. El puntaje promedio obtenido en el post test grupo experimental no es menor que la del grupo control.

c. Objetivos

1. Objetivo General

- Identificar la sintomatología depresiva en mujeres víctimas de violencia doméstica.
- Conocer las características de las mujeres con violencia doméstica que presentan sintomatología depresiva.
- Reconocer clínicamente los componentes depresivos de los impactos de la muestra de estudios.

- Diseñar un programa de intervención psicoterapéutico, cognitivo conductual para mejorar los síntomas depresivos por violencia doméstica.

2. Objetivos Específicos

- Evaluar los niveles de depresión y la proporción de este trastorno presente en un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica.
- Describir paso a paso todo el proceso de la psicoterapia cognitiva conductual utilizada en este estudio.
- Disminuir la manifestación de estados depresivos en un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica que presentan síntomas depresivos.
- Validar estadísticamente la efectividad de la psicoterapia cognitiva grupal aplicada a mujeres con sintomatología depresiva por violencia doméstica.

d. Tipo de Investigación

Se trata de un diseño cuasi experimental de pre-prueba y post-prueba, con un grupo control. Los estudios de casos serán asignados al azar, luego al grupo experimental y al grupo control se le aplicará una pre-prueba, para conocer el nivel de la manifestación de estados depresivos de ambos grupos. (Hernández Sampieri, 1998)

El grupo experimental recibirá la psicoterapia cognitivo grupal y el control no, posteriormente a la aplicación de la psicoterapia se aplicó una post-prueba para conocer si existen diferencias en ambos grupos.

El tipo de investigación es no experimental, Durante la primera parte de la investigación se diagnosticará de manera individual, mediante entrevistas clínica y la aplicación del inventario de Depresión de Beck (IDB) para conocer el nivel de depresión de cada sujeto.

En la segunda parte corresponderá la aplicación del tratamiento para la depresión a fin de conocer si se producen cambios significativos en los síntomas depresivos del grupo de hombres víctimas de violencia doméstica que participan en el estudio.

e. Variables

e.1 Identificación de la Variables

e.1.1 Variable independiente: Psicoterapia Cognitiva Grupal

e.2.1 Variable Dependiente: Depresión

e.2 Definición Conceptual de las variables

Psicoterapia Cognitiva Grupal para la depresión: La terapia cognitivo conductual es un modelo flexible e interactivo aplicado a nivel de grupo, con un conjunto de técnicas estructuradas que se ajustan a cada paciente en función de

sus necesidades. La intervención está muy vinculada a la evaluación o análisis funcional de la conducta depresiva e incluye una combinación de técnicas en función de las áreas motoras, fisiológicas o cognitivas afectadas. Como todas las psicoterapias entiende que es importante una relación empática con el paciente y se inclina notablemente hacia el modelo de competencia.

Depresión Clínicamente Significativa: La depresión es un trastorno muy frecuente, incluso en progresivo aumento. La relevancia de su frecuencia cobra un significado mayor si se tiene en cuenta que este trastorno genera una discapacidad funcional importante, superior a la mayoría de las enfermedades médicas crónicas. Cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de signos y síntomas que se pueden reducir a cinco grandes núcleos: síntomas anímicos, síntomas motivaciones y conductuales, síntomas cognitivos, síntomas físicos y síntomas interpersonales (Belloch, A. Sandín, B. 1999).

e.3 Definición Operacional de las variables

Psicoterapia Cognitiva Grupal: La terapia cognitiva grupal está definida como aquella intervención que será realizó en 15 sesiones, dos veces por semana, de 60 minutos cada sesión. El programa fue dividido en cuatros módulos que son enseñadas a las pacientes.

Depresión: Operacionalmente la definiremos por medio de las respuestas obtenidas en el “Inventario de Depresión de Beck- (IBD)”.

f. Población y muestra

f.1 Población

La población de este estudio está compuesta por 125 mujeres víctimas de violencia doméstica que interpusieron por primera vez una denuncia por violencia intrafamiliar en el centro de Asistencia a Víctimas del ministerio Público entre los meses comprendidos de Enero a Marzo de 2015. De las 125 mujeres, 50 eran víctimas de violencia por parte de algún otro familiar, 21 estaban siendo tratadas farmacológicamente; 21 se negaron a participar y 21 no presentaban depresión clínicamente significativa; quedando así 12 participantes.

A todas previas realizadas de historias clínicas, revisión de la denuncia, se les aplicó de forma individual el inventario de Depresión de Beck, una vez culminado todo el proceso de filtración de la denuncia. Basándose en los resultados obtenidos de la aplicación del inventario, encontramos que 12 denuncia presentaban depresión significativa y los demás criterios de inclusión.

f.2. Muestra

El diseño de selección de la muestra fue intencional, ya que solo se tomaron las mujeres que cumplen con los requisitos de inclusión, está compuesta por 12 sujetos (mujeres víctimas de violencia doméstica) de la población de estudio, seleccionados por presentar depresión significativa. Los sujetos fueron divididos

aleatoriamente en dos grupos: control y experimental, cada uno con 10 participantes.

f.2.1. Criterios de Inclusión:

- Mujeres que interpongan por primera vez una denuncia por violencia doméstica en el centro de asistencia a víctimas entre los meses comprendidos de Enero a Marzo de 2015.
- Que las agresiones verbales, físicas y psicológicas, sean ocasionadas únicamente por su cónyuge o ex - conyugue.
- Firmar la carta de aceptación para participar en el estudio.
- Que el paciente oscile entre 20 y 60 años de edad, sea mujer.
- Que informe con anticipación que cumplirá con todas las sesiones establecidas.
- Que presenten depresión clínicamente significativa, pero que no se encuentre bajo tratamiento.

f.2.2 Criterios de Exclusión

- Que haya interpuesto denuncia en el Centro de Asistencia a Víctimas en más de una ocasión.
- Que las agresiones verbales, físicas y psicológicas, sean ocasionadas por otro familiar.
- Que no acepta voluntariamente la participación en el estudio.

- Que el paciente se encuentre por debajo de los 20 y por encima de los 60 años de edad.
- Que se ausente a dos sesiones consecutivas.

g. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de datos

g.1. Técnicas

Se aplicó una Entrevista Clínica estructural para tratar de recopilar la información general de los pacientes, concerniente a su historia familiar y personal; además de la consulta bibliográfica y la investigación de campo la cual nos facilitará la recopilación de toda la información primaria de los participantes.

g.2. Instrumentos

Los incrementos utilizados para la recolección de datos fue el inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventory-BDI). La evaluación de la depresión conlleva a la realización de una historia clínica general, el análisis funcional-cognitivo y la evaluación diagnóstica correspondiente. La finalidad de la aplicación del inventario es recoger información acerca de los síntomas, presentados por los participantes.

g.2.1. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inverntory-BDI)

Fue desarrollado, en un primer momento, como un instrumento heteroaplicado de 21 ítem que evaluaba la intensidad del síndrome depresivo. A continuación, los autores realizan una versión paralela, en forma auto aplicado, transformando

cada ítem en 4 o 6 frases autoevaluativas graduadas en orden creciente de intensidad. Conde y Useros en los años 1974, 1975 (Conde y Franch 1984), tradujeron y adaptaron al castellano la versión inglesa, pero balanceado las opciones de respuesta con el fin de evitar sesgos al responder. También se ha desarrollado una forma corta de 13 ítems procedentes de los 21 originales (Beck et al, 1974 En Conde y Franch, 1984). Sin embargo, a pesar de que la correlación entre ambas formas es alta (0.96) se aconseja utilizar la versión de 21 ítems, ya que el porcentaje de errores de calificación cometidos con ella es más bajo (Cendales et al, 1987 en Conde Franch 1984).

El contenido de los ítems refleja claramente la importancia concedida por los autores al componente cognitivo de la depresión; solamente una tercera parte de los ítems hacen referencia a aspectos fisiológicos o conductuales.

La versión más conocida en España es la Conde y Franch 1984. Sin embargo, la última versión del cuestionario (Becks et al, 1979 en Conde y Franch 1984) resulta la más adecuada y de más fácil aplicación, además de considerar el punto de referencia del paciente a la hora de contestar el cuestionario no sólo el momento actual, sino también la semana anterior.

La instrucción es que se le pide al sujeto que en cada uno de los 21 apartados marque con una cruz a la izquierda la frase que mejor refleje su situación durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

La clave de corrección aparece a la izquierda de cada una de las frases (esta corrección no aparece en el formato de lectura para el sujeto). La puntuación directa total se obtiene sumando los valores correspondientes a cada una de las frases marcadas por el sujeto, en los 21 apartados.

El rango de la puntuación obtenida es de 01 a 63. Los puntos de corte que se proponen para graduar el síndrome depresivo son los siguientes (Beck 1988):

Normales: 0 a 9

Depresión leve: 10-18

Depresión moderada: 13-29

Depresión grave: 30-63

El inventario de Depresión Beck (IDB), ha sido concebido para la detención y cuantificación del síndrome depresivo en adultos; ningún caso es instrumento adecuado para realizar un diagnóstico diferencial frente a otros trastornos (Kendal et, al en: Conde y Frach 1984) debe utilizarse por tanto en paciente previamente diagnósticos de depresión es uno de los instrumentos más empleados en la prácticas clínica como medida del progreso terapéutico a lo largo del tratamiento. Su uso está también ampliamente extendido en investigación para la selección de sujetos.

El inventario fue aplicado al inicio y al final del tratamiento, o sea una aplicación pre-test y post-test en ambos casos para evaluar la efectividad del tratamiento.

H. Estadística Utilizada.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la estadística descriptiva como la estadística no paramétrica. Se utilizará el estadístico t de student para el análisis de datos de dos medias independientes y conocer si existe o no diferencia significativa en ambos grupos (grupo experimental y grupo control); además para probar o rechazar la hipótesis nula H_0 , utilizaremos el chi Cuadrado (χ^2).

RESULTADOS

En este capítulo se presentan el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos.

DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN:

1. EDAD

Nuestra población estuvo constituida por 12 mujeres víctimas de violencia doméstica, cuyas edades oscilaban desde los 25 a 60 años de edad.

Cuadro N°4. Rango de Edad de las mujeres Víctimas de Violencia.

Rango de Edad	Cantidad de Sujetos
25 -30	3
30- 35	0
35 -40	3
40 -45	1
45 -50	0
50- 55	2
55- 60	3
TOTAL :	12

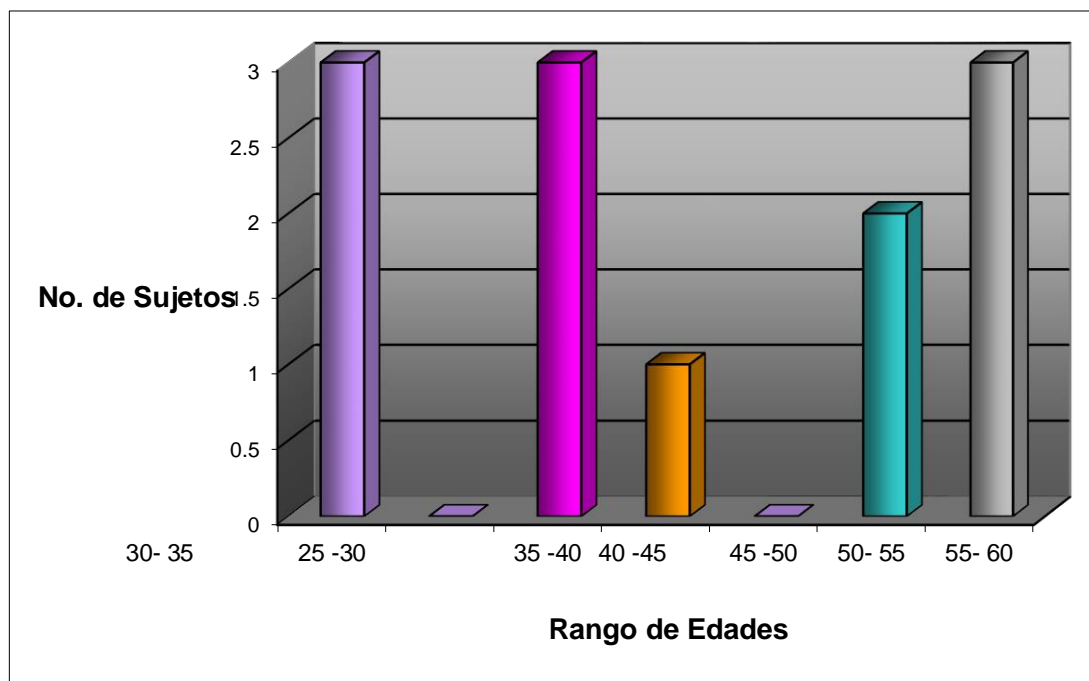
Fuente: CRD

En este cuadro N° 4, podemos observar que el 3(25%) de la muestra oscilan entre el rango de edad de 25-30. Este porcentaje fue encontrado de igual manera entre los rangos de 3(25%) 30-35 y 3(25%) 55-60 años de edad,

mientras que un 2(17%) se ubican en el rango de 50-55 y 1(8%) permanece en el rango de 40-45 años de edad.

Estos resultados se encuentran detallados en la siguiente gráfica N°1.

Gráfica N° 1: Rango de Edad de las Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar.



Fuente: CRD

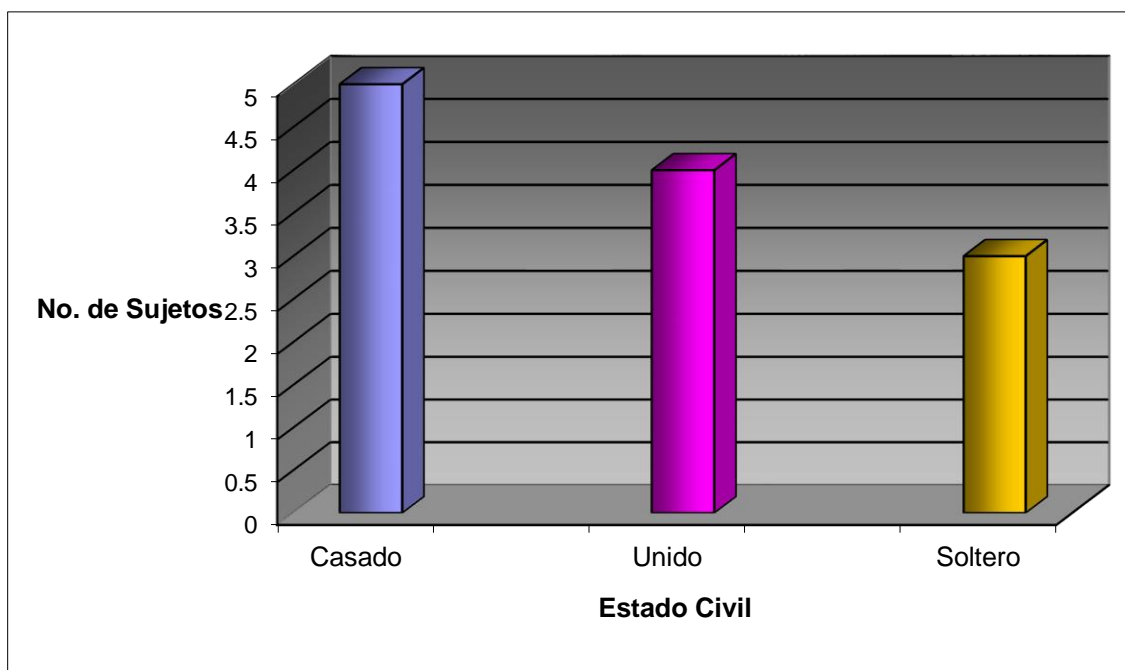
2. Estado Civil

Cuadro Nº 5. Estado Civil de las Mujeres Víctimas de Violencia doméstica

Estado Civil	Cantidad de Sujetos
Casado	5
Unido	4
Soltero	3
TOTAL:	12

Fuente: CRD

Gráfica Nº 2. Estado Civil de las Mujeres Víctimas de Violencia doméstica



Fuente: CRD

En este cuadro y gráfica se resalta el estado civil de nuestra muestra en donde un 5(42%) de las mujeres maltratadas se encuentran casadas, un 4(33%) está unida, mientras que un 3(25%) permanecen solteras.

3. Nivel Educativo

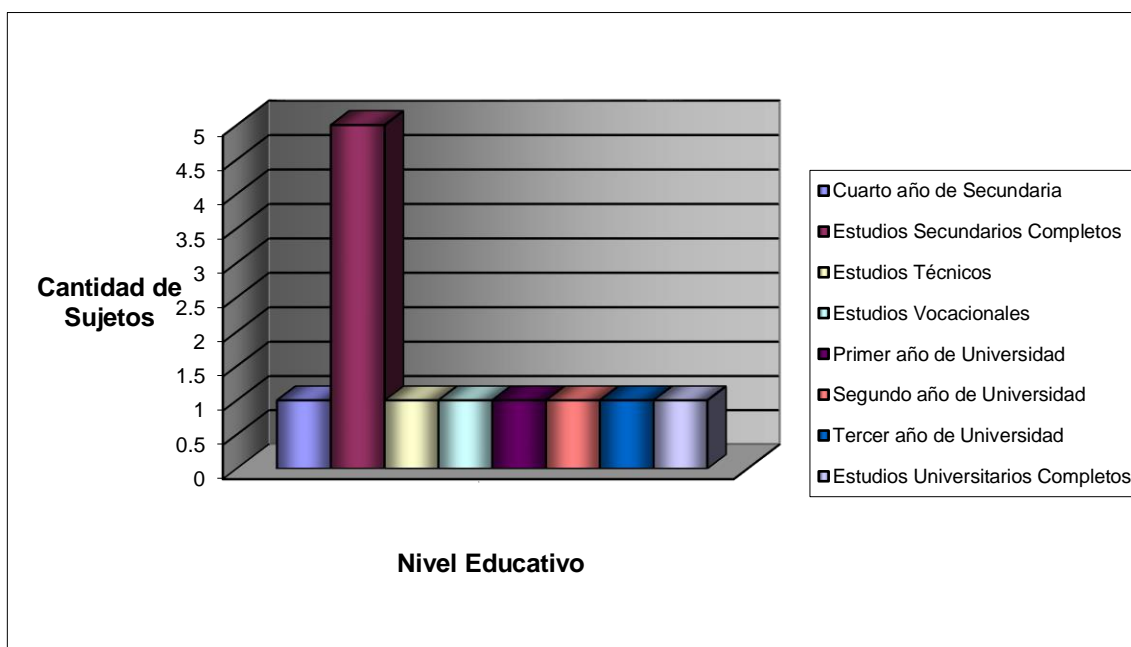
Cuadro N°. 6. Nivel Educativo de las Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica

Nivel Educativo	Cantidad de Sujetos
Cuarto año de Secundaria	1
Estudios Secundarios Completos	5
Estudios Técnicos	1
Estudios Vocacionales	1
Primer año de Universidad	1
Segundo año de Universidad	1
Tercer año de Universidad	1
Estudios Universitarios Completos	1
TOTAL:	12

Fuente: CRD

El nivel educativo de nuestras participantes oscilan entre el cuarto año de estudios secundarios y estudios universitarios completos, desglosados de la siguiente manera, en donde el 5(44%) de nuestra muestra cuenta con estudios secundarios completos, mientras que en la demás categorías de nivel educativo arrojó un porcentaje del 1(8%) cada una.

Gráfica Nº 3. Nivel Educativo de las Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica.



Fuente: CRD

La mayoría de nuestras participantes culminó sus estudios secundarios completos, solamente una posee estudios universitarios completos, mientras que las demás poseen algún título vocacional o técnico o han llegado a poseer un nivel universitario.

4. Condición Laboral.

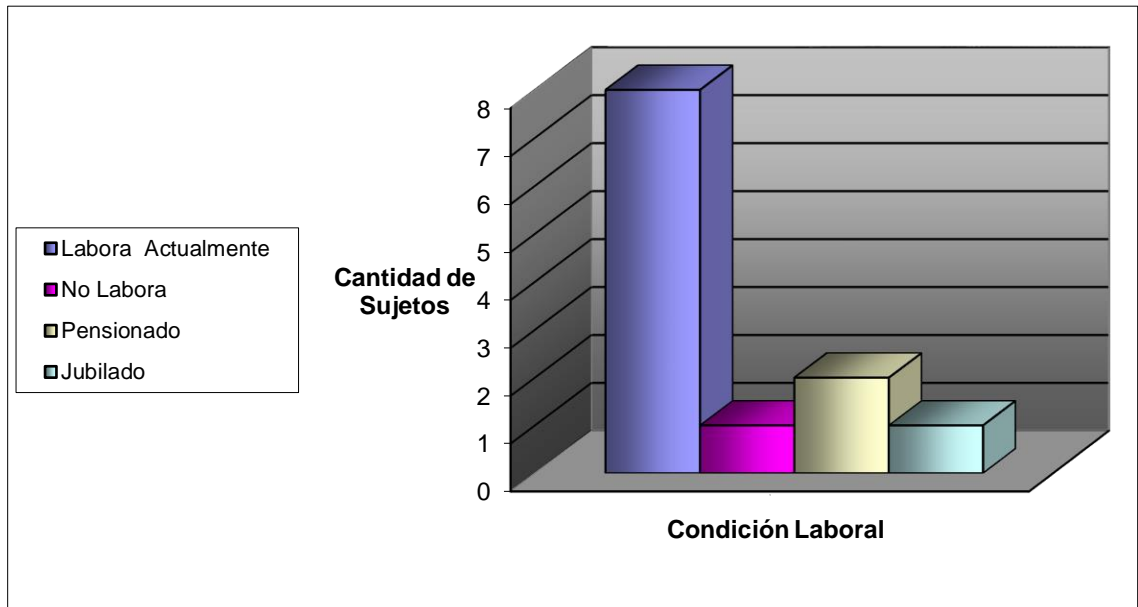
Cuadro Nº 7. Condición laboral de las Mujeres víctimas de violencia doméstica

<i>Condición Laboral</i>	Cantidad de Sujetos
Labora Actualmente	8
No Labora	1
Pensionado	2
Jubilado	1
TOTAL:	12

Fuente: CRD

En cuanto a la condición laboral de nuestras participantes podemos señalar que un 8 (67%) de los participantes se encuentra laborando, un 2(17%), esta pensionado, mientras que 1(8%) se encuentran jubiladas y solamente 1(8%) no se encuentra laborando.

Gráfica N°.4. Condición laboral de las Mujeres víctimas de violencia.



Fuente: CRD

Esta grafica nos denota que la mayoría de nuestras participantes se encuentran laborando, mientras que solamente un sujeto está actualmente desempleada y otro que está jubilada.

5. Vínculo con el agresor

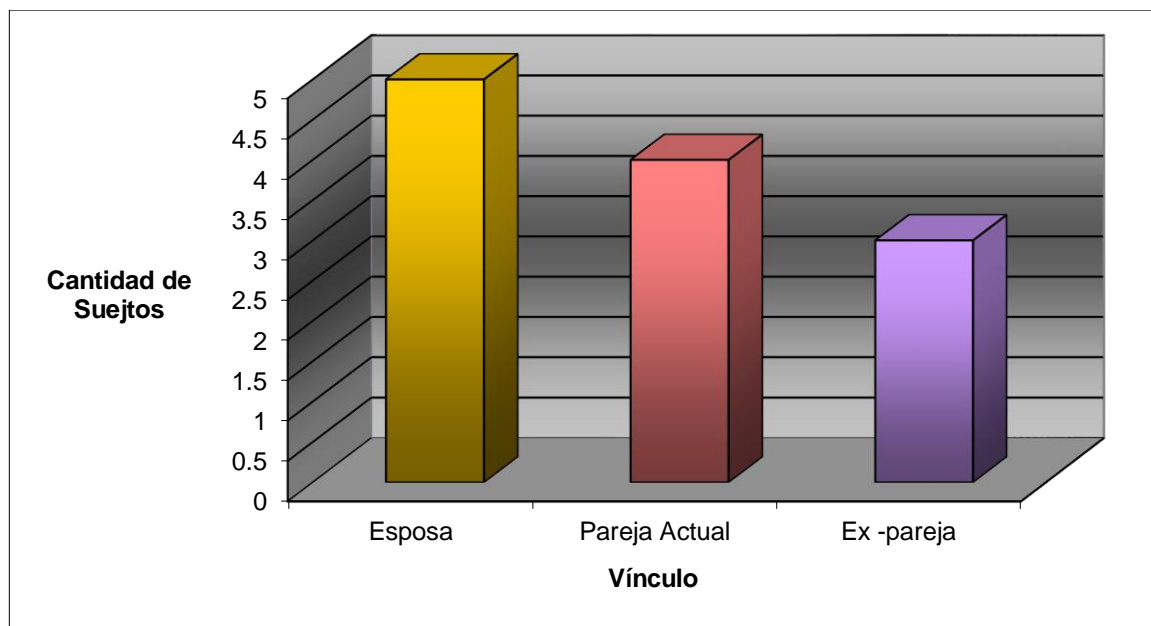
Cuadro Nº 8. Vínculo con el agresor.

Vínculo	Cantidad de Sujetos
Esposa	5
Pareja Actual	4
Ex -pareja	3
Total:	12

Fuente: CRD

En este cuadro cabe resaltar que 5 (42%) de sujetos son agredidos o maltratados por su esposo, 4 (33%) son agredidos o maltratados por su pareja actual y solamente 3 (25%) son agredidos por su ex – pareja.

Gráfica Nº 5. Vínculo de la víctima con su agresor



Fuente CRD

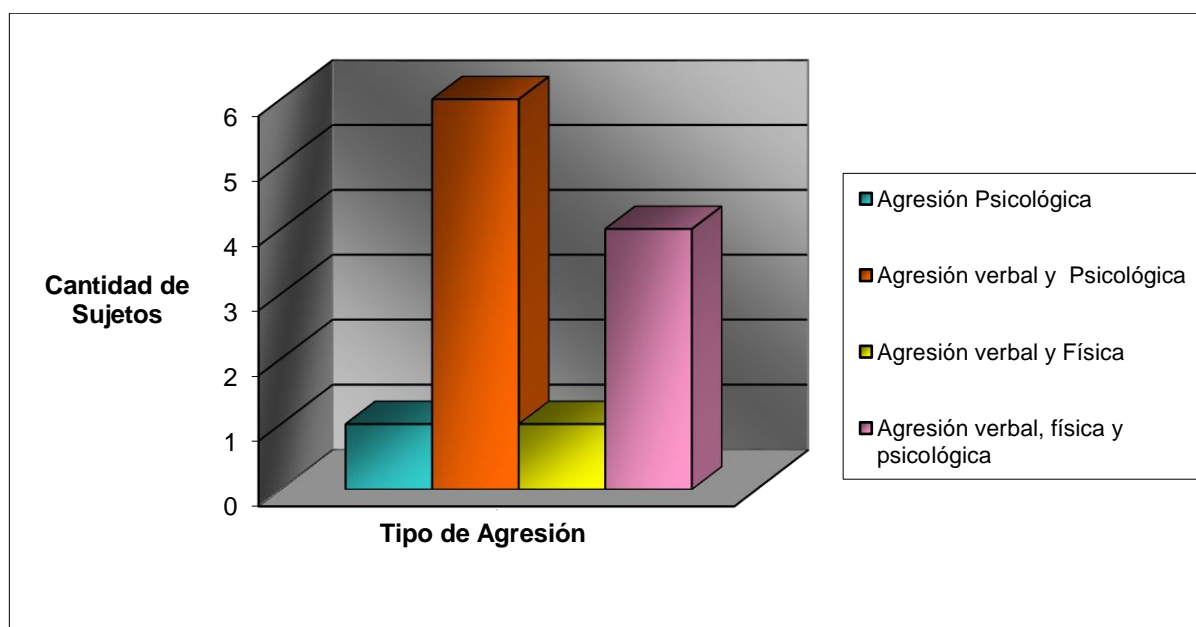
6. Tipo de Agresión recibida

Cuadro Nº12. Tipos de agresión Recibidas.

<i>Tipo de Agresión</i>	<i>Cantidad de Sujetos</i>
Agresión Psicológica	1
Agresión verbal y Psicológica	6
Agresión verbal y Física	1
Agresión verbal, física y psicológica	4
TOTAL:	12

Fuente: CRD

Gráfica Nº 6. Tipos de agresiones recibidas.



Esta gráfica denota que nuestras participantes son víctimas en su mayoría de agresiones verbales y psicológicas, seguidas de la inclusión de las agresiones físicas.

B. Presentación de los Resultados del BDI

Luego de haber desarrollado la metodología que sirvió de guía para la realización de este trabajo, se procede a presentar el aspecto cuantitativo de la investigación, en donde se resaltan la representación de cuadros y gráficas de los datos que arrojó el Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El Inventario de depresión de Beck se aplicó a 12 Mujeres víctimas de violencia doméstica que interpusieron denuncia en el Centro de Asistencia a Víctimas entre los meses comprendidos de enero a febrero de 2016.

Los resultados obtenidos del Inventario de Depresión de Beck (BDI), aplicado en la primera fase, quedan representados gráficamente de la siguiente manera:

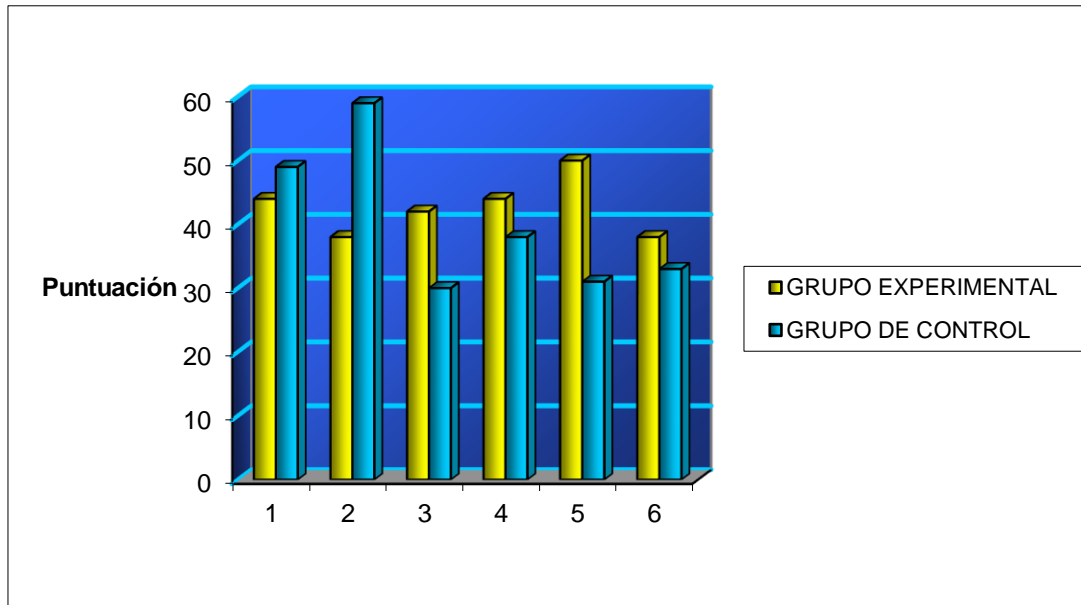
CUADRO N° 7. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL. APLICADO A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ AL CENTRO DE ASISTENCIA VÍCTIMAS.

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO DE CONTROL		
N°	Puntuación	Clasificación	N°	Puntuación	Clasificación
1	44	D. GRAVE	1	49	D. GRAVE
2	38	D. GRAVE	2	59	D. GRAVE
3	42	D. GRAVE	3	30	D. GRAVE
4	44	D. GRAVE	4	38	D. GRAVE
5	50	D. GRAVE	5	31	D. GRAVE
6	38	D. GRAVE	6	33	D. GRAVE
Promedio	43	D. GRAVE	Promedio	40	D. GRAVE

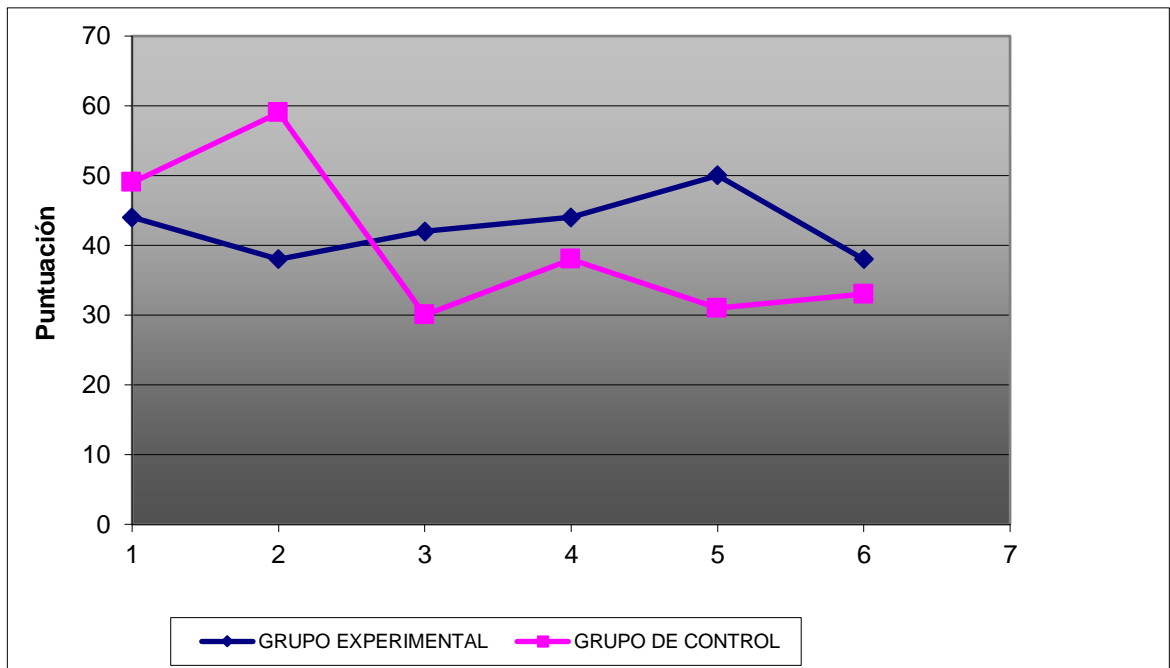
Fuente: Datos recopilados con el BDI.

Como muestran los resultados del Pre-Test del BDI, tanto en el grupo control como en el grupo experimental como en el Grupo Control, se reflejan manifestaciones de síntomas depresivos. En el grupo experimental, los rangos de puntuación dieron como resultado una calificación de grave, al igual que el grupo control. Tales resultados demuestran que tanto en el grupo experimental como en el grupo control, el resultado es de una depresión grave, cuyo rango promedio de puntuación en el grupo experimental fue de 43 (depresión grave) y en el grupo Control fue de 40 (depresión grave).

GRÁFICA N ° 7. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL. APLICADO A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ AL CENTRO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE ASISTENCIA



Fuente: CRD



En ambas gráficas se pueden observar las puntuaciones obtenidas en el pre-test del grupo Experimental y el Grupo control en donde ambos grupos obtuvieron una puntuación promedio que los ubica en una depresión grave.

Análisis Estadístico del pre-test del Grupo Experimental vs Grupo Control para la hipótesis 1.

Prueba estadística:

$$t_c = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

	<i>PT exp</i>	<i>PT con</i>
Media	42.3333333	40
Varianza	24.6666667	135.2
Observaciones	6	6
Estadístico t	0.45203644	
P(T<=t) dos colas	0.66088948	
Valor crítico de t (dos colas)	2.22813884	

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos señalar que T_o resultó menor a T_c ; por lo tanto se concluye que ambas medias no son diferentes, es decir, que al momento de la aplicación del pre-test, ambos grupos presentaban sintomatología depresiva; por lo tanto se acepta, H_o a un nivel de significancia de α 0.05.

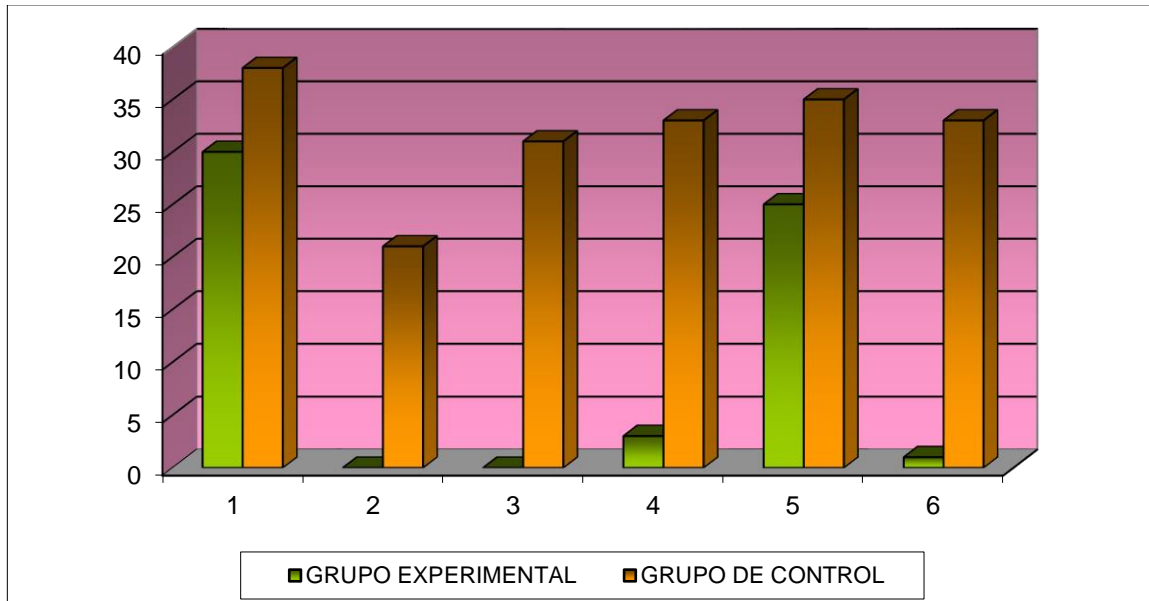
CUADRO Nº 14. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL POST-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL. APLICADO A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ AL CENTRO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS.

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO DE CONTROL		
Nº	Puntuación	Clasificación	Nº	Puntuación	Clasificación
1	30	D. GRAVE	1	38	D. GRAVE
2	0	NO DEPRESIÓN	2	21	D. MODERADA
3	0	NO DEPRESIÓN	3	31	D. GRAVE
4	3	NO DEPRESIÓN	4	33	D. GRAVE
5	25	D. MODERADA	5	35	D. GRAVE
6	1	NO DEPRESIÓN	6	33	D. GRAVE
Promedio	9	NO DEPRESIÓN	Promedio	32	D. GRAVE

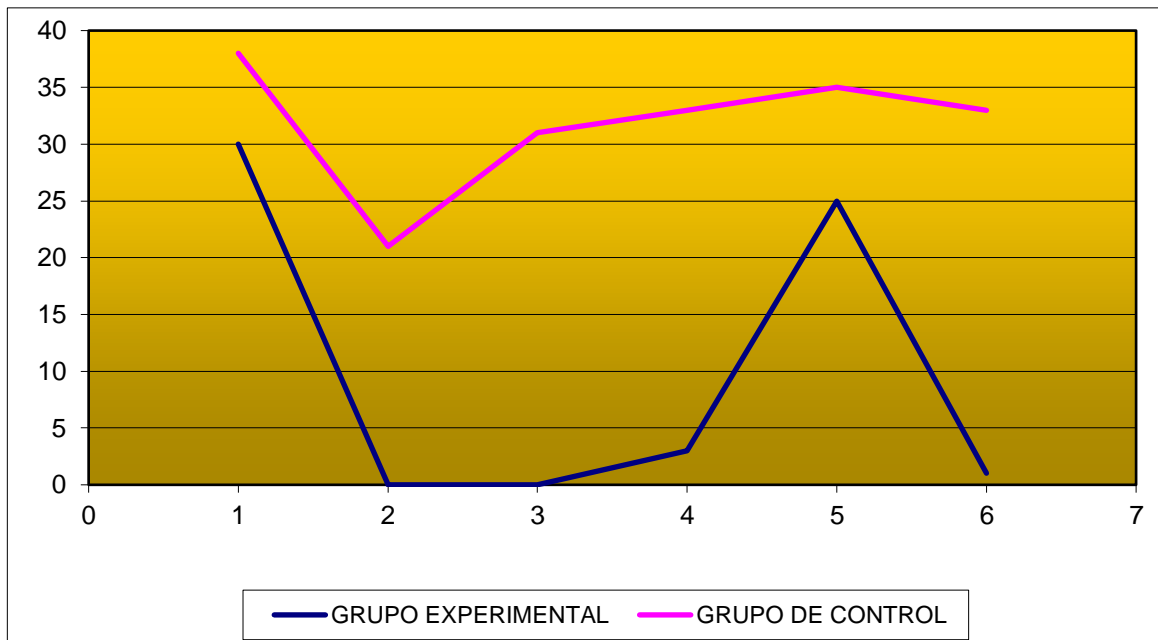
Fuente: CRD

Como muestran los resultados del Post- test del BDI, podemos señalar que después de aplicada la terapia cognitiva grupal al grupo experimental, obtuvieron una puntuación promedio de 9, es decir, que no hay presencia de síntomas depresivos; mientras que en el grupo Control se observa una reducción en la puntuación promedio a 32, pero, manteniéndose en la escala de depresión grave.

GRÁFICA Nº 8. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL POST-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL. APLICADO A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ AL CENTRO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS.



Las gráficas demuestran que en el grupo experimental, no existe manifestación de síntomas depresivos, mientras que el grupo Control aún prevalecen la sintomatología depresiva grave.



Análisis e Interpretación Estadística para la hipótesis N° 2.

Prueba estadística:

$$t = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

	POST exp	POST con
Media	9.83333333	31.8333333
Varianza	190.966667	33.7666667
Observaciones	6	6
Grados de libertad	10	

Estadístico t	-3.59471579
P(T<=t) una cola	0.00244532
Valor crítico de t (una cola)	1.8124611

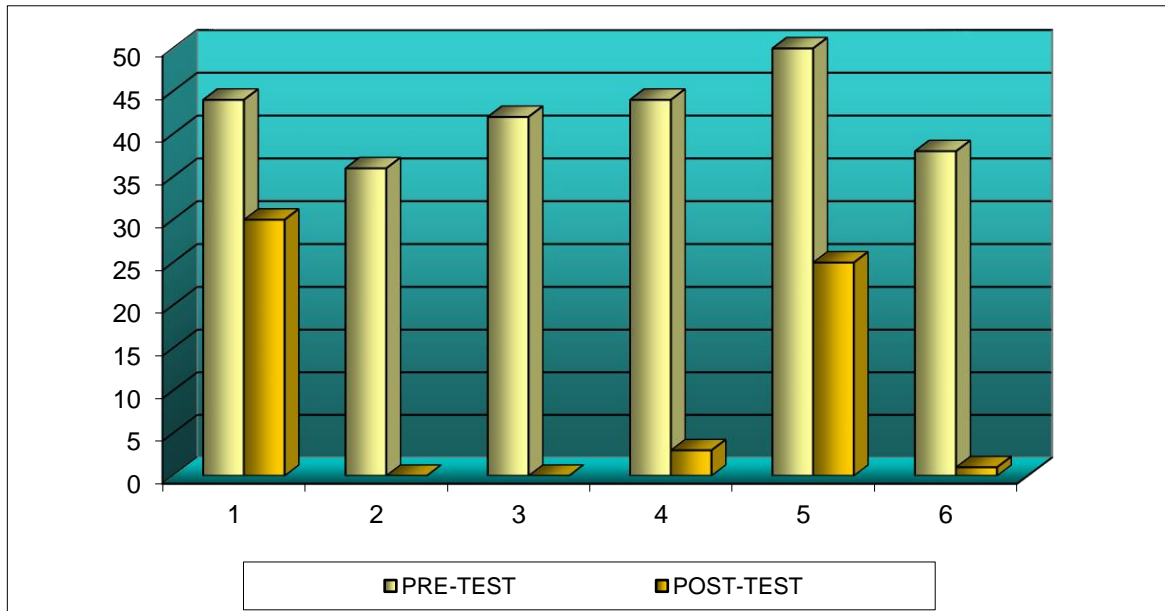
En vista, de que T_o , es menor que T_c , se rechaza la hipótesis nula (H_o) y se confirma hipótesis de investigación (H_i), en donde se comprueba que la puntuación promedio en el BDI, del Grupo experimental es menor a la del grupo Control, es decir, que como resultado de la aplicación de la terapia cognitiva al grupo experimental, se obtuvo una reducción considerable de la sintomatología depresiva.

CUADRO 15. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST y POST-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL. APLICADO A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ AL CENTRO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE ASISTENCIA.

GRUPO EXPERIMENTAL (Pre-test)			GRUPO DE EXPERIMENTAL (Post-test)		
N°	Puntuación	Clasificación	N°	Puntuación	Clasificación
1	44	D. GRAVE	1	30	D. GRAVE
2	36	D. GRAVE	2	0	NO DEPRESIÓN
3	42	D. GRAVE	3	0	NO DEPRESIÓN
4	44	D. GRAVE	4	3	NO DEPRESIÓN
5	50	D. GRAVE	5	25	D. MODERADA
6	38	D. GRAVE	6	1	NO DEPRESIÓN
Promedio	42	D. GRAVE	Promedio	9	NO DEPRESIÓN

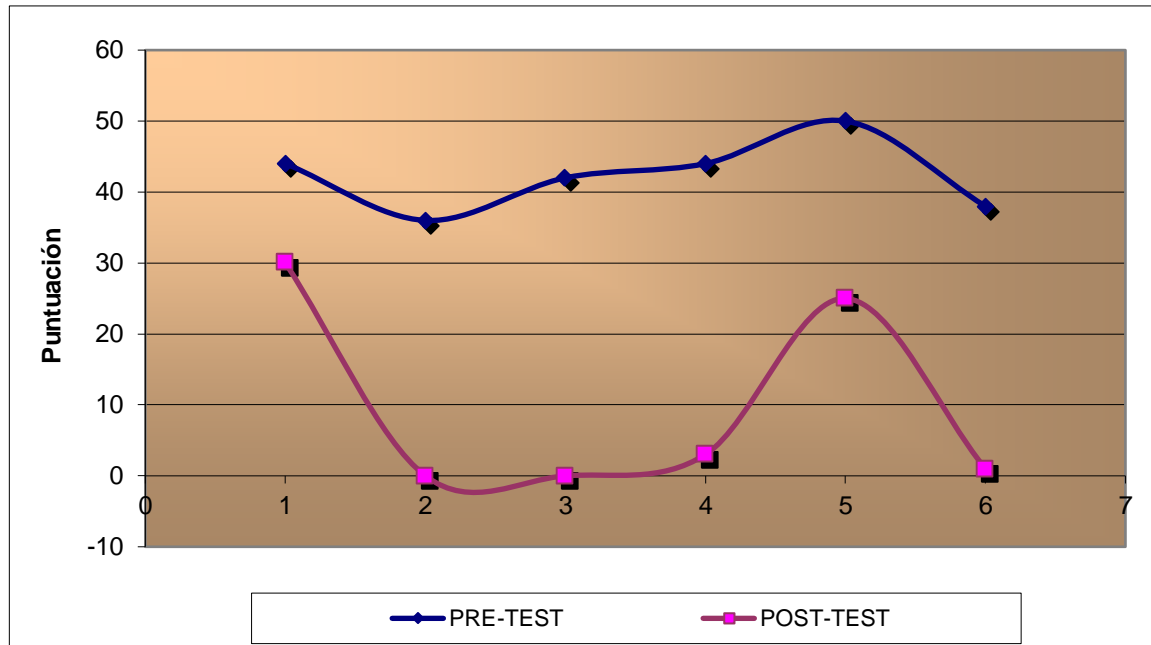
Según los datos promedios de este cuadro, al momento de aplicar el pre-test (BDI), las pacientes presentaban un estado depresivo grave con un puntaje promedio de 42, que los ubica en un nivel de depresión grave, sin embargo, en el post- test el estado depresivo disminuyó significativamente a un puntaje promedio de 9, es decir, a la ausencia de depresión.

GRÁFICA Nº 9. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST y POST-TEST. GRUPO EXPERIMENTAL. APLICADO A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ AL CENTRO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE ASISTENCIA.



Fuente: CRD

Las gráficas demuestran que en el post- test del grupo experimental, no existe manifestación de síntomas depresivos.



Análisis e Interpretación estadística para la hipótesis N°3.

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	<i>PT. Pre- test</i>	<i>Pt. Post- test</i>
Media	42.33333333	9.833333333
Varianza	24.66666667	190.9666667
Observaciones	6	6
Coeficiente de correlación de Pearson	0.70616979	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	5	
Estadístico t	7.30690779	
P(T<=t) una cola	0.00037599	
Valor crítico de t (una cola)	2.01504837	
P(T<=t) dos colas	0.00075198	
Valor crítico de t (dos colas)	2.57058183	

En vista de que T_o resultó $>$ a T_c , podemos señalar que se rechaza la hipótesis nula (H_o) y se acepta la hipótesis de investigación (H_1), a un nivel de significancia de alfa 0.05. Se acepta la hipótesis de investigación en donde permite concluir que si existe diferencia significativa entre el pre-test y post- test del grupo experimental.

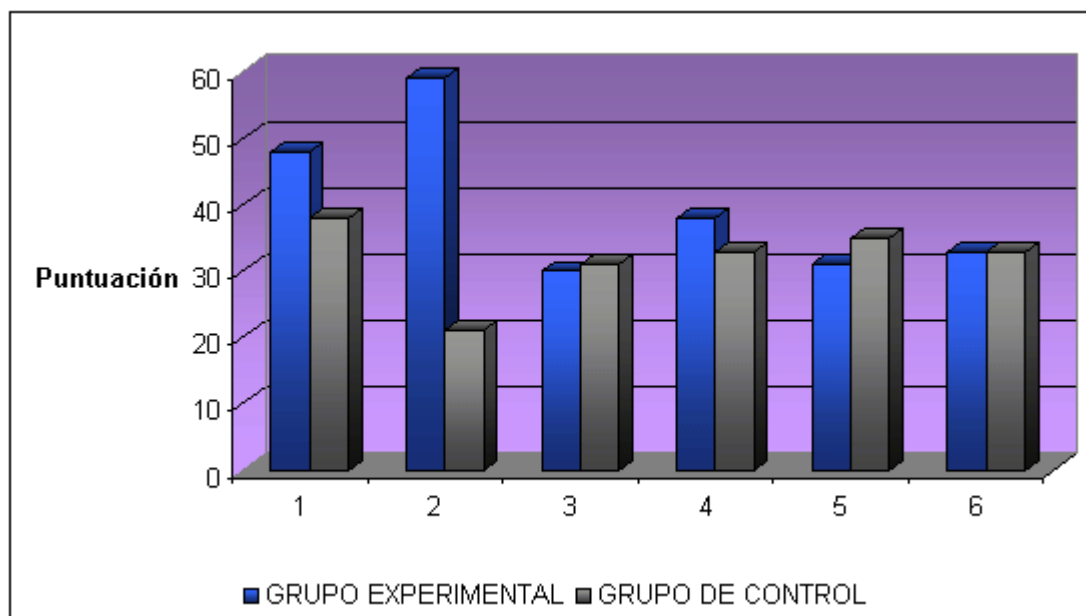
En otros criterios la terapia cognitiva grupal, resultó eficiente para disminuir la sintomatología depresiva en las mujeres víctimas de violencia doméstica.

CUADRO Nº 16. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST Y POST-TEST. GRUPO CONTROL. APLICADO A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ AL CENTRO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE ASISTENCIA.

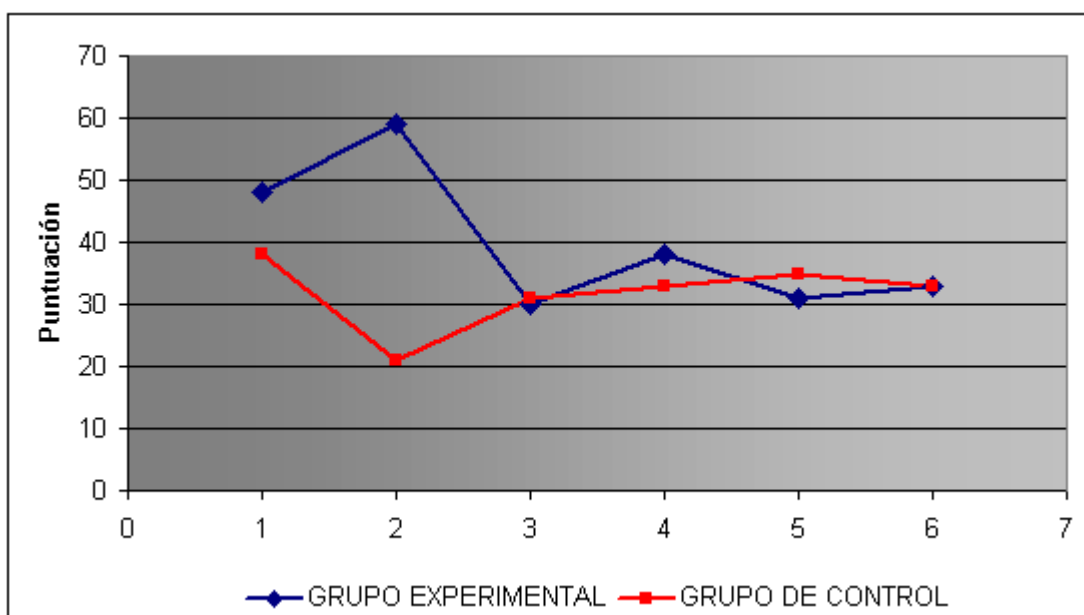
GRUPO CONTROL (Pre-test)			GRUPO DE CONTROL(Post- test)		
Nº	Puntuación	Clasificación	Nº	Puntuación	Clasificación
1	48	D. GRAVE	1	38	D. GRAVE
2	59	D. GRAVE	2	21	D. MODERADA
3	30	D. GRAVE	3	31	D. GRAVE
4	38	D. GRAVE	4	33	D. GRAVE
5	31	D. GRAVE	5	35	D. GRAVE
6	33	D. GRAVE	6	33	D. GRAVE
Promedio	40	D. GRAVE	Promedio	32	D. GRAVE

Según los datos promedios el grupo control se mantuvo en un nivel de depresión grave, a pesar de observarse cierta disminución de puntajes en el post- test, la mayoría permaneció en el mismo rango, sólo el sujeto 2 obtuvo una disminución considerable en donde dejó de estar en un nivel de depresión grave y se ubicó en un nivel de depresión moderada.

GRÁFICA Nº 10. BDI. RANGO DE PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL PRE-TEST Y POST-TEST. GRUPO CONTROL. APLICADO A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ AL CENTRO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE ASISTENCIA.



Fuente: CRD



Análisis e Interpretación estadística para la hipó

Prueba estadística:

$$t_c = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	<i>Pre-test</i>	<i>post-test.</i>
Media	40	31.8333333
Varianza	135.2	33.7666667
Observaciones	6	6
	-0.535767209	
	0	
Grados de libertad	5	
Estadístico t	1.287602492	

P(T≤t) una cola	0.127129279
Valor crítico de t (una cola)	2.015048372
P(T≤t) dos colas	0.254258558
Valor crítico de t (dos colas)	2.570581835

En vista de que T_o resultó $<$ a T_c , podemos señalar que se acepta la hipótesis nula (H_o) y se rechaza la hipótesis de investigación (H_1), a un nivel de significancia de alfa 0.05. Se acepta la hipótesis nula en donde permite concluir que no existe diferencia significativa entre el pre-test y post- test del grupo experimental.

En el pre-test y post- test, el grupo control se ubicó en un nivel de depresión grave, consideramos que se le atribuye esta situación; ya que fue el grupo que no recibió la terapia.

CONCLUSIONES - RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Completada nuestra investigación llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Del total de Mujeres víctimas de violencia doméstica que acudieron por primera vez a interponer una denuncia solo el 33% presentaba depresión clínicamente significativa, al momento de la aplicación del inventario de depresión de beck.
2. El tipo de violencia que mayormente fue reportado por nuestras participantes fue el de violencia verbal y psicológica, comprobando así que las mujeres maltratadas se quejan mayormente de violencia emocional por parte de sus parejas o ex -parejas.
3. Según los datos arrojados por el pre-test (BDI), ambos grupos, tanto el grupo control como el grupo experimental se caracterizaban por ubicarse en un rango de depresión grave.
4. Con el post-test (BDI), en el grupo experimental se dieron cambios significativos en donde el rango de depresión grave, se ubicaron en un puntaje promedio que lo diagnostica con ausencia de sintomatología depresiva. Sin embargo, en el grupo control el puntaje promedio se mantuvo en estados depresivos grave.
5. El grupo experimental quien fue que recibió el tratamiento mejoró considerablemente, solo un sujeto permaneció con sintomatología

depresiva grave y otro sujeto se ubicó de sintomatología grave a moderada. Se encontraron a 4 pacientes sin condición depresiva, lo cual indica la efectividad de la terapia cognitiva grupal en el tratamiento de pacientes con estados depresivos. .

6. Cabe señalar que la muestra utilizada en esta investigación no es significativa; por lo tanto, estos resultados pueden ser generalizados a toda la población de mujeres víctimas de violencia doméstica.
7. El estadístico t de student, para muestras no pequeñas nos demostró que existe la suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y confirmar nuestra hipótesis de investigación, con respecto a la efectividad de la terapia cognitiva_ conductual grupal.
8. De todo lo anterior expuesto se concluye que la terapia cognitiva grupal, sí es efectiva para tratar a pacientes que presentan depresión clínicamente significativa.

RECOMENDACIONES

1. Recomendamos al Ministerio Público que contemple este tipo de intervenciones a nivel de salud mental para el manejo de Víctimas de Violencia Doméstica, no solo a mujeres, sino también a hombres, ancianos y niños.
2. Recomendamos la divulgación de este tipo de ayuda mediante charlas y seminarios, para que las personas conozcan que en su entorno hay muchas formas de ayuda para mejorar su calidad de vida ante este tipo de situaciones.
3. Que las autoridades y la sociedad acepte que la Violencia Doméstica afecta enormemente la salud mental de las mujeres víctimas de este delito y su eficiencia en el desenvolvimiento de su vida diaria.
4. Fomentar el desarrollo de otros programas que contribuyan al mejoramiento de la salud mental de las afectadas.
5. Darle seguimiento al grupo que se le aplicó el tratamiento, para conocer su evolución.
6. Aplicar la Terapia Cognitiva Grupal, al grupo control, para brindarles las mismas oportunidades de mejoras y reducir en ellos los estados depresivos graves.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACOSTA, Gladys (1993). Los derechos de las mujeres en las Constituciones Políticas (pp. 199-219). San José: Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la prevención del delito y tratamiento del delincuente, programa Mujer y Justicia penal.
2. ADAMS, Karen L. y WARE, Norma C. (1994). Sexismo y lenguaje: las implicaciones lingüísticas de ser mujer (pp. 43-61). Mujeres, derecho penal y criminología. Madrid: Siglo veintiuno de España Editores, S. A.
3. ALCALÉ SÁNCHEZ, M. (2000). El delito de malos tratos físicos y psíquicos en el ámbito familiar Tirant lo Blanch, Valencia.
4. ALONSO-FERNÁNDEZ F. (2001) claves de la depresión. Madrid.Editorial Ars vivendi.
5. AMOR, ECHEBURÚA, CORRAL, SARASUA ZUBIZARRETA, (2001),maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. España, ED.Universidad del País Vasco.
6. ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA, (2003).Dsm-iv-tr, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.Barcelona,ed. Masson.

7. AYUDO GUTIÉRREZ, J. L. RIVERA Y OTROS (1980). Trastornos afectivos. Madrid manual de psiquiatría, editorial Karpos.
8. BATRES, G. (1997) violencia intrafamiliar e intervención policial delito y seguridad de los habitantes. México, D.F: Programa Sistema Penal Derechos Humanos De Ilanud Y Comisión Europea.Editorial siglo XXI,
9. BERNARDEZ A. AGOSTO (2001) violencia de género y sociedad: una cuestión de poder. Recopilación de ponencias de la Universidad de Verano de el Escorial.
- 10.BOWLBY J. (1983). “la pérdida afectiva: tristeza y depresión”. Barcelona, PAIDÓS.
- 11.CAMPBELL, DT. & STANLEY, J. (1963/1970). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos aires. Amorrónu.
- 12.COTÉS BECHIARELLI, E. (2000). El delito de malos tratos familiares. Nueva regulación. Madrid. Marcial Pons.
- 13.CORSI, JORGE 2005, Violencia familiar, Editorial PaidosIberica
- 14.DURAN, M. A. (2000). Si aristóteles levantara la cabeza. Cátedra, Madrid.
- 15.FERNÁNDEZ, EVARISTO. (1998). Metodología de la investigación. Caracas,Editores, Júpiter.
- 16.GARCÍA, B. JULIO Y OTROS (2003). “banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica”. España. Editorial Ars Médica.

17. GOLDING, J. (1999) la violencia de pareja íntima como un factor de riesgo para los trastornos mentales un metanálisis. Revista de violencia familiar, 14, 99-132.
18. GROSMAN, P. CECILIA. (1992) "violencia en la familia", aspectos sociales, psicológicos y jurídicos, Buenos Aires. Editorial Universidad de Buenos Aires.
19. GROSMAN, C. (1989). "violencia en la familia. Aspectos sociales, psicológicos y jurídicos". Pág. 121 a 125, buenosaires. Editorial Universidad DE Buenos Aires.
20. HERNÁNDEZ SAMPIERI, ROBERTO Y OTROS (1998) metodología de investigación. México. Editmcgraw-hill.
21. IZQUIERDO, M. J. AÑO, (2000) "cuando los amores matan". Barcelona, Ediciones Libertarias.
22. LANZOS ROBLES (2001) La violencia domestica una visión general, en cuadernos de derecho judicial, la violencia en el ámbito familiar. Aspectos sociológicos y jurídicos. Madrid, Editorial CPGJ.
23. LORENTE ACOSTA, M (2001). Mi marido me pega la normal. Agresión a la mujer; realidades y mitos. Barcelona. Edit. Ares y Mares.
24. LÓPEZ ARMINIO, M. J., COORD. (2002). Tratamiento penal de la violencia doméstica contra la mujer. España Editorial de la Universidad de Cádiz, Jerez de la Frontera.
- 25.

- 26.KAPLAN, H.I Y SADICK, B.J (1992). Tratado de psiquiatría. Madrid, Editorial Masson-Salvat.
- 27.KAZDIN, ALAN. Métodos de investigación en psicología clínica, tercera edición, editprenticehill. Págs. 524.
- 28.KRAMER, PETER D. (2006). Contra la depresión. Barcelona: Editorial Seix Barral.
- 29.MARTIN, E. Y MARTÍN, M. (2001). Las violencias cotidianas cuando las víctimas son las mujeres. Instituto de la Mujer Mtas, Madrid.
- 30.MARTÍNEZ NOVO, S. (1999). «aspectos jurídicos de la violencia doméstica en el ámbito civil», en otra frontera rota. Aspectos jurídicos de la violencia doméstica. Comisión para la investigación de malos tratos a mujeres. Enitema, Madrid.
- 31.MONTERO, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. Clínica y salud, 12(1):5-31. (pdf).
- 32.MONTERO, A (2001) El Síndrome de Estocolmo en la Violencia Doméstica. Mujeres en Red.
- 33.MONTERO, A (2001) síndrome de adaptación paradójica a la violencia de género diario 16 - 8 de marzo 2001.
- 34.MONTERO, A (2001) principio de injerencia ante la violencia contra la mujer. Oenegé - marzo 2001
- 35.RUIZ, J.J: (1994). Fundamentos de psicoterapia cognitiva. España, 1ªedición. A Demanda, Jaén.

36. ROJAS MARCOS, L. (1995). Las semillas de la violencia. Madrid, Espasa Calpe.
37. STAFF, MARIBLANCA 2006, género, discriminación racial y legislación en Panamá. Editorial Panamá comité panameño contra el racismo, 2004.
38. TORRES, P. Y ESPADA, F. J. (1996). Violencia en casa. Madrid: ED. Aguilar.
39. VILLAVICENCIO, R Y SEBASTIAN, J. (1999). Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Instituto de la mujer, ministerio de trabajo y asuntos sociales, Madrid.
40. WALKER, L. (1993) el ciclo de la violencia familiar. Bogotá revista familia y sociedad, número 80.
41. WELTER-LANG, Daniel (s.f.). Recuperado el 5 de abril del 2005 La crisis de las masculinidades: entre cuestionamientos feministas y críticas contra el heterosexismo.

REFERENCIAS DE INFOGRAFÍAS

https://es.wikipedia.org/wiki/Violencia_dom%C3%A9stica

www.guardiacivil.org/mujer/domestic.jsp

www.observatorioviolencia.org

<https://www.nodo50.org/mujeresred/v-bibliografia.htm>

<http://www.wolfgroupweb.com/en/apa-style-references>

http://www.legalinfo-panama.com/articulos/articulos_51a.htm

http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf

http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAW-Spanish.pdf

<http://ministeriopublico.gob.pa/wp-content/multimedia/2017/01/Ley-38.-10-de-Agosto-2007-Modifica-y-adiciona-articulos-a-la-ley-23-de-1986-relativos-a-bienes-aprehendidos..pdf>

<http://ministeriopublico.gob.pa/wp-content/multimedia/2016/09/constitucion-politica-con-indice-analitico.pdf>

<https://docs.panama.justia.com/federales/leyes/27-de-1983-nov-25-1983.pdf>

https://www.researchgate.net/publication/255644883_El_maltrato_psicologico_en_la_pareja

<http://www.unwomen.org/es/digital-library/multimedia/2015/11/infographic-violence-against-women>

<https://www.fcadv.org/es/que-es-la-violencia-domestica>.

<http://www.pazparalamujer.org/index.php/ayuda/violencia-domestica>

<http://www.pydesalud.com/referencias-depresion/>

https://www.researchgate.net/publication/226175211_Intimate_Partner_Violence_as_a_Risk_Factor_for_Mental_Disorders_A_Meta-Analysis

<http://www.organojudicial.gob.pa/cendoj/wp-content/blogs.dir/cendoj/codigo-de-la-familia-94.pdf>

<https://www.fiscalias.gob.ar/project/violencia-domestica/>

<http://ministeriopublico.gob.pa/denuncias-la-violencia-evitas-femicidio/>

<https://www.neurologia.com/noticia/3967/noticia>

<http://www.un.org/es/sections/issues-depth/women/index.html>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3381987/>

https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/violencia/docs/violencia_domestica.pdf

<https://www.elheraldo.co/infografias/unidad-cavif-violencia-intrafamiliar-244666>

http://www.depresion.psicomag.com/test_beck.php.

ANEXOS

TERAPIA GRUPAL PARA LA DEPRESIÓN

RESUMEN DE SESIONES

MÓDULO DE RELAJACIÓN

Sesión de Evaluación

En esta sesión se procedió a tomar los datos previos de los participantes, tanto del grupo control como del experimental.

Primera Sesión:

Se practicaron dos dinámicas con el grupo, a manera de integración y fomentando la participación grupal; ya que en un inicio las mismas se notaban poco participativas.

Se le enseñó al grupo la técnica de relajación de Benson, concentrándonos en la respiración, imaginándonos la palabra uno con el objeto de enfocar el pensamiento.

Tareas:

1. Se le asignaron lecturas para la próxima sesión del libro Tus zonas Erróneas y Ayudarse así mismo.
2. Se le asignó una compañera con el cual debía comunicarse dos veces a la semana.
3. Practicar el ejercicio de relajación 2 veces al día durante 5 minutos.

Segunda Sesión.

1. Se le introdujo al grupo el concepto de Unidades Subjetivas de Malestar (USM)
2. Se esquematizó en un cartón la escala.
3. Se le enseñó al grupo la técnica de relajación muscular Profunda (RMP)

El grupo manifestó un incremento en la tensión luego del ejercicio de relajación, se les explicó que este incremento era normal.

Tareas

1. Practicar una vez al día la Respuesta de Relajación de Benson (5 min)
2. Practicar una vez al día la Relajación Muscular Profunda (15 min)
3. Registrar los ejercicios
4. Lecturas de tus zonas Erróneas y Ayudarse así mismo.
5. Traer 5 situaciones de la semana en que nos hayamos sentido ansiosos o deprimidos.
6. Comunicarse con la compañera.

MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA

Sesión 3

Se presentó el concepto de pensamiento automáticos negativos, el grupo participó con experiencias personales.

Tareas

1. Traer de 5 a 10 situaciones ansiógenas o depresivas.
2. Practicar la relajación y registrarla.
3. Leer los capítulos finales del material fotocopiado.
4. Contactar a la compañera.

Sesión 4

Se explica el proceso de la terapia y el rol de las recaídas. Exploramos los síntomas depresivos. Comenzamos a demostrar las relaciones entre pensamientos, conducta y afecto, basándose en la experiencia del paciente.

Tarea

1. Definir problemas que los pacientes considerasen podrían influir o contribuir a manifestar síntomas depresivos
2. Tecinas conductuales basadas en la programación gradual de actividades como vía de cambio de los pensamientos automáticos.

Sesión 5

1. Análisis de los Supuestos Personales
2. Aplicación de tareas conductuales como experimentos personales, para comprobar la validez de los supuestos personales.

3. Se le recomendaron a los participantes mantenerse leyendo, haciendo sus ejercicios de relajación, comunicándose con sus compañeros. Se les mencionó sobre la semana de evaluación individual.

Sesión 6

Se repasaron todos los conocimientos de la restructuración cognitiva. Se discutieron las cogniciones específicas que dieseen lugar a efectos desagradables.

Revisamos las cogniciones en particular, las expectativas de los pacientes ante sus “debo” en lugar de “quiero”.

Sesión 7

Se identificaron los errores cognitivos y proponer explicaciones alternativas a los pensamientos automáticos negativos.

MÓDULO EN ENTRENAMIENTO DE ASERTIVIDAD.

Sesión 8

Introducción del módulo de entrenamiento en asertividad, se explicaron las definiciones de conducta no asertiva, conducta agresiva y conducta asertiva. Se dieron ejemplos proporcionados por los participantes.

Se explicaron mediante ejemplos los componentes de la Asertividad: Contacto visual, Tono de voz, Postura, expresión facial, Tiempo (momento) y Contenido.

Entre las tareas se les pidió a los participantes que para la próxima sesión trajeran situaciones en donde fuese necesario una conducta asertiva por parte de los participantes.

Sesión 9

Se repartieron dos ejemplos de situaciones y se invitó a los presentes a participar; la participación muy llamativa por parte del grupo. Realizamos una lista de deseos, prestando atención a los objetivos futuros. La finalidad de esta tarea consistía en que los pacientes se centrasen en sus propias necesidades y expectativas.

Sesión 10

Durante esta sesión se le aplicaron las técnicas de asertividad.

Sesión 11.

Durante esta sesión: Asistencia, comentarios de las tareas asignadas, solicitar a los integrantes del grupo que relaten alguna situación en donde hayan sido asertivos o hubiesen deseado serlo, con respecto a la problemática actual.

Se les explicó como emplear las técnicas de reestructuración cognitiva como ayuda para promocionar el comportamiento asertivo en situaciones emocionalmente difíciles.

Se trabajó con el Role Playing algunas situaciones sugeridas por los participantes.

Se asignaron las tareas:

1. Relajación
2. Practicar las técnicas asertivas en las situaciones reales
3. Contactar a la compañera asignada
4. Revisar hojas de metas personales

MÓDULO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Sesión 12

Asistencias, comentarios de problemas encontrados en las tareas, se hizo una exposición dialogada acerca de los pasos involucrados en la resolución de problemas.

Se trabajó algo en las metas individuales de cada cual, feedback al terapeuta y se asignaron en las siguientes tareas:

1. Traer un problema en donde se utilizó la técnica.
2. Hacer los registros de autorelajación.
3. Contactar con la compañera.

Sesión 13

1. Asistencia.
2. Revisión de tareas.
3. Problemas presentados en la semana.
4. Lista de problemas para resolver con la técnica de resolución de problemas, de parte de todos los miembros.
5. Generar alternativas a uno de los problemas planteados por los demás miembros del grupo.

Sesión 14

Durante esta sesión estuvimos recopilando todas las asignaciones, aclarando interrogantes e interactuando con los participantes. Enfatizar que las técnicas y habilidades adquiridas deben ser utilizadas en problemas, para propiciar la confianza en el desenvolvimiento personal de cada participante.

Sesión 15

EVALUACIONES INDIVIDUALES FINALES

Entrevista Clínica

Aplicación del Inventario de Depresión de Beck, al grupo experimental.

Aplicación del Inventario de Depresión de Beck, al grupo control.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

En los últimos treinta y cinco años, el Inventario de Depresión de Beck se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la existencia o severidad de síntomas de depresión, dada su probada validez y confiabilidad tanto en poblaciones clínicas como no clínicas. Fue desarrollada para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos descritos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), de la American Psychiatric Association.

Este inventario consta de 21 ítems, tiene como objetivo identificar síntomas típicos de la depresión severa o de aquella que requiere hospitalización. En el diseño de este test, se han tenido en cuenta esos criterios internacionales de descripción, por lo que no presenta de ninguna teoría de la depresión en particular

1. Tristeza.

0. No me siento triste.

1. Me siento triste.

2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1. Me siento desanimado de cara al futuro.

2. siento que no hay nada por lo que luchar.

3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.

1. he fracasado más que la mayoría de las personas.

2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. Siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. Ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

HISTORIAS CLÍNICAS

Historia Clínica N° 1

Paciente : E.V.
Edad : 48 años
Estado Civil : Unida hace 13 años
Hijos : 3 – M-29, M-27, M24
Escolaridad : 6° año de secundaria
Ocupación : Secretaria.

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General: Normal

Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación

Atención: Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación

Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación

Lenguaje: Sin alteración al momento de la evaluación

Sensopercepción: Sin alteración al momento de la evaluación

Expresiones afectivas: llanto fácil, irritabilidad, preocupación

Psicomotricidad: Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica N° 2

Paciente : Z.H.
Edad : 38 años
Estado Civil : Unida
Hijos : No
Escolaridad : Educación Secundaria Completa
Ocupación : Empleada doméstica.

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General: Normal

Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación

Atención: Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación

Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación

Lenguaje: Sin alteración al momento de la evaluación

Sensopercepción: Sin alteración al momento de la evaluación

Expresiones afectivas: llanto fácil, irritabilidad, preocupación

Psicomotricidad: Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica N° 3

Paciente : D.V.
Edad : 38 años
Estado Civil : Casada
Hijos : 5 – V – 19, V – 16, M – 14, V – 11, M -
Escolaridad : Educación Primaria Completa
Ocupación : Ama de casa
Religión : Evangélica.

Motivo de Consulta

Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General: Normal
Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación
Atención: Sin alteración al momento de la evaluación
Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación
Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación
Lenguaje: Sin alteración al momento de la evaluación
Sensopercepción: Sin alteración al momento de la evaluación
Expresiones afectivas: llanto fácil, irritabilidad, preocupación
Psicomotricidad: Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica N° 4

Paciente : A.E.
Edad : 47 años
Estado Civil : Casada
Hijos : 3 – V – 25, M- 19, V - 7
Escolaridad : Educación Secundaria Completa
Oficio : Modista
Ocupación : Ama de casa.

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General: Normal
Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación
Atención: Sin alteración al momento de la evaluación
Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación
Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación
Lenguaje: Sin alteración al momento de la evaluación
Sensopercepción: Sin alteración al momento de la evaluación
Expresiones afectivas: llanto fácil, irritabilidad, preocupación
Psicomotricidad: Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica N° 5

Paciente : R.S.
Edad : 37 años
Estado Civil : Unida
Hijos : 4 – M – 16, M – 15, V – 11, M - 3
Escolaridad : Educación Primaria Completa
Ocupación : Ama de Casa
Religión : Evangélica

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General: Normal

Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación

Atención: Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación

Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación

Lenguaje: Sin alteración al momento de la evaluación

Sensopercepción: Sin alteración al momento de la evaluación

Expresiones afectivas: llanto fácil, irritabilidad, preocupación

Psicomotricidad: Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica N° 6

Paciente : N.O.
Edad : 46 años
Estado Civil : Separada (unida)
Hijos : 3 – M - 21, M – 18, V - 11
Escolaridad : Educación Superior
Profesión : Laboratorista

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General: Normal

Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación

Atención: Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación

Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación

Lenguaje: Sin alteración al momento de la evaluación

Sensopercepción: Sin alteración al momento de la evaluación

Expresiones afectivas: llanto fácil, irritabilidad, preocupación

Psicomotricidad: Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica N° 7

Paciente : L.P.
Edad : 43 años
Estado Civil : Divorciada
Hijos : 2 – M – 16, V - 10
Escolaridad : Educación Superior
Ocupación : Trabajadora Social

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General: Normal

Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación

Atención: Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación

Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación

Lenguaje: Sin alteración al momento de la evaluación

Sensopercepción: Sin alteración al momento de la evaluación

Expresiones afectivas: llanto fácil, irritabilidad, preocupación

Psicomotricidad: Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica N° 8

Paciente : L.A.
Edad : 36 años
Estado Civil : Soltera
Hijos : No tiene
Escolaridad : Educación superior
Profesión : Programadora
Ocupación : Actualmente sin trabajo

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General: Normal

Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación

Atención: Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación

Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación

Lenguaje: Sin alteración al momento de la evaluación

Sensopercepción: Sin alteración al momento de la evaluación

Expresiones afectivas: llanto fácil, irritabilidad, preocupación

Psicomotricidad: Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica N° 9

Paciente : J.H.
Edad : 48 años
Estado Civil : Unida
Hijos : 2 – M – 28, M – 20.
Escolaridad : Educación Superior
Ocupación : Maestra orientadora

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General: Normal

Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación

Atención: Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación

Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación

Lenguaje: Sin alteración al momento de la evaluación

Sensopercepción: Sin alteración al momento de la evaluación

Expresiones afectivas: llanto fácil, irritabilidad, preocupación

Psicomotricidad: Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica Nº 10

Paciente : C.S.
Edad : 40 años
Estado Civil : Soltera
Hijos : 1 – V - 14
Escolaridad : Educación Secundaria Completa
Ocupación : Secretaria.

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General: Normal

Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación

Atención: Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación

Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación

Lenguaje: Sin alteración al momento de la evaluación

Sensopercepción: Sin alteración al momento de la evaluación

Expresiones afectivas: llanto fácil, irritabilidad, preocupación

Psicomotricidad: Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica Nº 11

Paciente : Y.M
Edad : 35 años
Estado Civil : Unida
Hijos : no tiene
Escolaridad : Educación Secundaria Completa
Ocupación : Recepcionista

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General: Normal

Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación

Atención: Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación

Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación

Lenguaje: Sin alteración al momento de la evaluación

Sensopercepción: Sin alteración al momento de la evaluación

Expresiones afectivas: llanto fácil, irritabilidad, preocupación

Psicomotricidad: Sin alteración al momento de la evaluación

Historia Clínica Nº 12

Paciente : A.P
Edad : 32 años
Estado Civil : unida
Hijos : 1 – V - 14
Escolaridad : Educación Secundaria Completa
Ocupación : Secretaria.

Motivo de Consulta

- Sintomatología Depresiva

Examen Mental:

Aspecto General: Normal

Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación

Atención: Sin alteración al momento de la evaluación

Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación

Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación

Lenguaje: Sin alteración al momento de la evaluación

Sensopercepción: Sin alteración al momento de la evaluación

Expresiones afectivas: llanto fácil, irritabilidad, preocupación

Psicomotricidad: Sin alteración al momento de la evaluación